



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DOCTORADO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SITUACIÓN DE LA PRÁCTICA IMPLANTOLÓGICA EN
ESPAÑA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

Tesis Doctoral

DANIEL FERNÁNDEZ CERERO

Sevilla, 2023

Sevilla, marzo de 2023

EUGENIO VELASCO ORTEGA, Catedrático de Odontología Integrada de Adultos y Gerodontología de la Facultad de Odontología y Director del Máster de Implantología Oral de la Universidad de Sevilla.

ANGEL-ORIÓN SALGADO PERALVO, Doctor en Odontología y Profesor Asociado del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas de la Universidad Complutense de Madrid.

CERTIFICAN:

Que D. DANIEL FERNÁNDEZ CERERO, Graduado en Odontología por la Universidad de Sevilla e inscrito en el programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, ha realizado bajo su tutela y dirección el trabajo de investigación titulado **Situación de la práctica implantológica en España durante la pandemia de COVID-19**, que consideramos satisfactorio para optar al título de Doctor en Odontología.

Prof. Eugenio Velasco Ortega.

Prof. ANGEL-ORIÓN SALGADO PERALVO.

AGRADECIMIENTOS

A los Profesores EUGENIO VELASCO ORTEGA de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla y ANGEL-ORIÓN SALGADO PERALVO de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, por dirigirme y guiarme con sus conocimientos y revisiones en la investigación doctoral.

A todos los profesores del Máster de Implantología Oral, que compartieron sus conocimientos, permitiéndome ser mejor profesional y adentrarme en una especialidad maravillosa, y del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria, en especial, a los profesores ANTONIO CASTAÑO SEIQUER y JOSE ANTONIO COELLO SUANZES, por permitirme iniciarme en la profesión odontológica y en la investigación. No puedo olvidarme de mi compañero LUIS EL KHOURY MORENO, por su apoyo constante y dedicación, en todos los aspectos.

Finalmente, sin restarle importancia, me gustaría agradecer su apoyo a toda mi familia, en especial, a mis padres, mis referentes en la vida, José M^a y M^a Carmen, y a mi hermano José. Asimismo, gracias también a mis amigos, compañeros de batallas en todas las situaciones que presenta la vida, buenas y malas.

A todos ellos/as, gracias.

INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	1
1. LOS CORONAVIRUS	3
1.1. Origen del virus SARS-CoV-2	4
1.2. Transmisión del SARS-CoV-2	5
1.3. Patogenia	5
1.4. Manifestaciones clínicas	5
1.5. Métodos diagnósticos	7
1.6. Medidas preventivas	7
2. LAS CLÍNICAS DENTALES DURANTE LA PANDEMIA	8
2.1. Tratamientos dentales	9
2.1.1. Tratamientos de emergencia	9
2.1.2. Tratamientos urgentes	9
2.1.3. Tratamientos electivos/rutinarios	9
2.2. Protocolo de atención dental	9
2.2.1. Consideraciones antes de la atención dental	10
2.2.2. Medidas de protección durante el tratamiento	10
2.3. Implantología Oral	10
2.3.1. Complicaciones intraoperatorias	11
2.3.2. Complicaciones postoperatorias	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
MATERIAL Y MÉTODOS	19
1. DISEÑO DEL ESTUDIO	20

2. DISEÑO DE LA ENCUESTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	20
3. PARTICIPANTES	25
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
RESULTADOS	28
1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS.	29
1.1. Características demográficas	29
1.2. Características profesionales	29
1.2.1. Experiencia colocando implantes dentales (IDs) (en años)	29
1.2.2. Práctica en exclusividad en tratamientos de IDs	30
1.2.3. Número de medio de IDs colocados al año	30
1.2.4. Nivel de formación en Implantología Oral	30
1.2.5. Práctica diaria	31
1.2.6. Ámbito laboral	31
1.2.7. Alguien cercano al encuestado sufrió las consecuencias del COVID-19 de forma grave	32
2. VARIABLES RELACIONADAS CON LA PREOCUPACIÓN POR EL COVID-19 Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES	32
2.1. Respuesta inicial a la pandemia de COVID-19	33
2.2. Recuperación de la práctica después del inicio de la pandemia	33
2.3. Información a los pacientes de forma previa a sus citas dentales sobre el riesgo de contraer COVID-19	33
2.4. Medidas de prevención implementadas antes de una cita	34
2.5. Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	34
2.6. Preocupación por el contagio durante su práctica clínica	35
2.6.1. Mayor motivo de preocupación	35
2.6.2. Cambio en la preocupación por contraer COVID-19	35
2.7. Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición frente al COVID-19	36
2.8. ¿Ha afectado la situación de pandemia al personal de su centro?	36
2.9. Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses de pandemia	37

2.10.	Variación en el uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses de pandemia	37
2.11.	Pacientes que acuden de urgencia (por motivos implantológicos o implanto-protésicos) en los primeros 9 meses de pandemia	37
2.12.	Realización de cirugías implantológicas	
2.12.1.	Durante los primeros 9 meses de pandemia	38
2.12.2.	Durante los siguientes 9 meses de pandemia	38
2.13.	Medidas adicionales para la disminución de aerosoles	38
2.14.	Tratamientos no esenciales implantológicos en los primeros 9 meses de pandemia	38
3.	INFLUENCIA DE LOS DATOS DE LOS SUJETOS EN EL RESTO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	39
3.1.	Sexo	40
3.2.	Edad	42
3.3.	Experiencia en tratamientos de IDs	50
3.4.	Práctica en exclusividad en tratamientos de IDs	53
3.5.	Número medio e IDs colocados al año	56
3.6.	Nivel de formación en Implantología Oral	61
3.7.	Práctica diaria	65
3.8.	Lugar de trabajo	69
3.9.	Afectación por COVID-19 de forma grave	72
DISCUSIÓN		77
1.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS	78
1.1.	Características demográficas	78
1.2.	Exclusividad en la práctica clínica, experiencia en tratamientos de IDs y número medio colocados al año	79
1.3.	Nivel de formación universitaria	79
1.4.	Práctica diaria	80
1.5.	Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de	

manera grave	80
2. PREOCUPACIÓN POR EL COVID-19 Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES	80
2.1. Respuesta inicial a la pandemia COVID-19	80
2.2. Preocupación por el contagio durante su práctica clínica	81
2.3. Tratamientos durante la pandemia	82
2.4. Medidas de prevención implementadas	82
3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	87
CONCLUSIONES	88
REFERENCIAS	90

INTRODUCCIÓN



En la historia del ser humano las plagas y las pandemias siempre nos han acompañado, produciendo graves problemas allí donde se daban y un gran perjuicio para la sociedad en todos sus ámbitos. En la era moderna, la globalización ha supuesto un gran avance en muchos sentidos, no obstante, incrementa el riesgo de difusión de infecciones y enfermedades que antiguamente eran endémicas de determinadas zonas. Ello provoca que, desde inicios del siglo XXI, los problemas sanitarios se hayan incrementado a consecuencia del aumento de las resistencias antimicrobianas, las enfermedades oncológicas, y la irrupción de nuevas enfermedades infecciosas, entre otros ¹.

En este sentido, en diciembre de 2019 se identificaron en Wuhan (China) una serie de casos de neumonía de origen desconocido ². La presentación clínica de esta entidad incluía fiebre, tos seca e imágenes radiológicas de tórax diferentes a las provocadas por una neumonía bacteriana común, lo que hizo que las autoridades sanitarias chinas alertaran a la Organización mundial de la Salud (OMS) de este hallazgo ³.

El análisis de los pacientes afectados posibilitó, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), descubrir un nuevo tipo de coronavirus que inicialmente se denominó 2019-nCoV y, posteriormente, SARS-CoV2 por sus siglas en inglés (*severe acute respiratory syndrome coronavirus*) y la enfermedad fue bautizada como COVID-19. El número de casos en China fueron incrementándose de forma progresiva hasta que, el 13 de enero de 2020, se detectó el primer caso fuera de sus fronteras – concretamente en Tailandia – y, no sería hasta el 31 de enero, cuando se registró el primer caso en España. A partir de entonces, la escalada de infectados se aceleró de forma exponencial en todas las partes del mundo, ocasionando una gran cantidad de fallecidos. Por este motivo, el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró el COVID-19 como una pandemia y, tres días más tarde, se decretó el Estado de Alarma en España, con el objetivo de reducir el impacto de la pandemia en nuestro país (Fig. 1) ^{4/5}.



Figura 1. Cronología de eventos COVID-19 (imagen obtenida de Mojica-Crespo y Morales-Crespo ³ [2020]).

Para prevenir la propagación de la enfermedad, la mayor parte de países implementaron medidas de contención sin parangón hasta el momento, como el cierre de colegios, restaurantes y tiendas, restringiendo viajes nacionales e internacionales, e instaurando medidas de distanciamiento social, evitando las relaciones interpersonales ⁶. En este sentido, en España, el 29 de marzo de 2020 se prohibió la libertad de desplazamientos y se impuso un confinamiento generalizado domiciliario a todos los trabajadores no esenciales, que permanecieron vigentes hasta el 4 de mayo del mismo año, momento en el cual se retiraron las limitaciones ⁷.

1. LOS CORONAVIRUS

Los coronavirus representan un grupo muy amplio de virus. Su nombre procede de la semejanza de su aspecto a una "corona" al ser observados mediante microscopía electrónica. Se han descrito diversos tipos, pudiendo causar muchas afecciones de diversa índole, principalmente gastrointestinales y respiratorias, normalmente de carácter leve, pero también pueden llegar a cursar con una sintomatología severa que puede suponer un compromiso vital para el paciente ⁸.

Estos virus pertenecen a la familia *Coronaviridae* y están envueltos en material genético ARN en sentido positivo no segmentado. En cuanto a sus dimensiones, varían entre 80 a 120

nanómetros de diámetro. El virión presenta en su superficie unas estructuras dispuestas en proyecciones largas, separadas unas de otras, formadas por complejos triméricos de la glicoproteína viral S (*Spike*)⁹. Adicionalmente, también presenta otras proyecciones más cortas, formadas por complejos diméricos de las proteínas hemaglutina-esterasa. Asimismo, la envoltura del virión está reforzada por la proteína más abundante de su superficie, la glicoproteína de membrana, que alberga tres dominios transmembranales. En una menor proporción encontramos la proteína de la envoltura que, a pesar de ser de menor tamaño, es altamente hidrofóbica, siendo ésta su principal característica¹⁰. Internamente se halla la nucleoproteína uniéndose al ARN del virus y formando una estructura helicoidal, protegiendo así su material genético. Su ARN y su genoma están formados por una hebra de carácter sencillo, no segmentada, y de polaridad positiva, que presenta un tamaño que ronda entre 27 a 32 kilobases. En definitiva, los coronavirus presentan el ARN más largo conocido de todos los virus ARN conocidos¹¹.

1.1. Origen del virus SARS-CoV-2

Los coronavirus se encuentran presentes en una gran cantidad de seres vivos, entre ellos los mamíferos, incluidos los seres humanos. En este sentido, se postuló que el origen de SARS-CoV-2 fue a raíz de una zoonosis. De hecho, gran parte de los coronavirus tienen su reservorio en los murciélagos. Esto no es un hallazgo inusitado ya que estudios serológicos en zonas rurales cercanas a lugares donde habitan murciélagos han cifrado la seroprevalencia en el 2.90%. Además del contacto estrecho de estas poblaciones rurales con los animales silvestres, las condiciones higiénicas escasas también actúan como un factor de riesgo de enfermedades infecciosas zoonóticas^{12/13}. Más concretamente, el SARS-CoV-2 se relacionó con la especie *Rhinolopus affinis*^{14/15}.

1.2. Transmisión del SARS-CoV-2

Una vez se ha producido la transmisión inicial entre el animal infectado (o sus excreciones) y un humano^{16/17}, el SARS-CoV-2 se transmite entre humanos por dos mecanismos: El primero de ellos, por el contagio de personas infectadas, sintomáticas o no, a personas sanas, por contacto cercano o a través de gotitas respiratorias, denominadas *gotitas de Flügge*, las cuales contienen el virus y son expulsadas por la persona infectada al respirar, hablar o estornudar, entre otros. El segundo es similar al primero, y es producido cuando las

secreciones del paciente sintomático quedan depositadas en la superficie de objetos, actuando como fómides, entrando posteriormente en el sistema respiratorio de la persona sana a través de las mucosas bucal o nasal e, incluso, a través de la ocular ^{18,19}. La transmisión que más contagios produce es la del paciente sintomático, demostrándose que los tres primeros días son los de mayor potencial infeccioso ya que se encuentra principalmente en las vías aéreas superiores, siendo más fácil expulsar las gotitas de Flügge ²⁰.

El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días, pudiendo llegar en algunos casos a 14. Este período es conocido como "periodo presintomático", y es bastante peligroso ya que el paciente asintomático puede ser fuente de contagio sin ser consciente de ello ^{21,22,23}.

1.3. Patogenia

Cuando el virus hace su entrada en el organismo, la proteína S se fusiona a la membrana de una célula receptora mediante sus subunidades S₁ y S₂, introduciendo su material genético viral e infectando la célula del huésped ^{24,25}. Este proceso ocurre principalmente en las células epiteliales del tracto respiratorio superior e inferior. Tras producirse la replicación del ARN vírico, estos elementos se ensamblan en el retículo endoplasmático de la célula infectada, pasando los nuevos viriones al citoplasma, siendo liberados al exterior celular mediante vesículas ²⁶.

1.4. Manifestaciones clínicas

La sintomatología que produce el SARS-COV-2 se debe a una sobreactivación del sistema inmunitario del paciente. Debido a que la infección se produce en el sistema respiratorio, se libera una gran cantidad de citoquinas y mediadores que favorecen la inflamación, activando el hipotálamo y produciendo fiebre, además de una irritación del sistema respiratorio que ocasiona tos ¹⁹.

En los pacientes donde el sistema inmunológico no es capaz de dar una respuesta adecuada que controle la infección se produce una evolución severa de la enfermedad, mediante la activación de macrófagos y granulocitos y, en definitiva, con una mayor liberación de mediadores de la inflamación que causan una destrucción tisular y, de manera secundaria, una coagulación intravascular diseminada, pudiendo desembocar en un fallo orgánico ^{27,28}.

Se han creado varias clasificaciones de las formas clínicas del COVID-19. La OMS reconoce tres tipos:

- *Enfermedad no complicada*: engloba síntomas inespecíficos que impiden diferenciarla de una neumonía. Estos síntomas son: fiebre, astenia, tos, escalofríos, mialgias, cefaleas, disnea y odinofagia. En algunos casos también puede provocar emesis, diarrea, ageusia y/o congestión nasal. Es por ello por lo que el SARS-CoV-2 puede pasar inadvertido y confundirse con otras enfermedades respiratorias, siendo fundamental la realización de pruebas de laboratorio para su diagnóstico ^{29,28}.
- *Infección no complicada de las vías aéreas inferiores*: conforme avanza la enfermedad se agravan los síntomas anteriormente referidos y puede aparecer tos productiva, estertores húmedos y polipnea. En algunos casos puede asemejarse a una neumonía atípica, pero con una saturación de oxígeno (SpO₂) superior al 90% ²⁹.
- *Neumonía grave*: en esta forma aumenta la fiebre, se observa aleteo nasal, se incrementa la frecuencia respiratoria por encima de 30 respiraciones por minuto dando lugar a una taquipnea, se puede producir una cianosis central disminuyendo la SpO₂ por debajo del 90%, acompañado de dolor pleurítico, pudiéndose asociar a un síndrome de distrés respiratorio agudo ³⁰.

Por su parte, la *American Academy of Pediatrics* (AAP) clasificó el COVID-19 según su gravedad en 5 tipos ³¹:

- *Infección asintomática*: paciente sin síntomas ni signos clínicos y/o radiográficos y PCR positiva para SARS-CoV-2.
- *Enfermedad leve*: síntomas de vías aéreas superiores, con congestión faríngea sin hallazgos anormales a la auscultación, fiebre, fatiga, mialgia, tos y rinorrea. Algunos casos pueden no ocasionar fiebre o manifestarse con síntomas digestivos como náuseas, dolor abdominal o diarrea.
- *Enfermedad moderada*: con neumonía, frecuentemente fiebre, tos que en la mayoría de los casos es de inicio seca, seguida de tos productiva y, en algunas ocasiones, disnea y crepitanes. Radiográficamente se observan lesiones pulmonares subclínicas.
- *Enfermedad grave*: los pacientes afectados muestran de forma temprana fiebre y tos, que puede acompañarse de síntomas gastrointestinales como diarrea. Normalmente, a la semana progresa con disnea y cianosis central, con una SpO₂ menor al 92% con manifestaciones de hipoxemia.
- *Enfermedad crítica*: además de los síntomas del punto anterior, puede progresar rápidamente a un SDRA (Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda) y choque, encefalopatía, daño miocárdico, disfunción de la coagulación y daño renal.

1.5. Métodos diagnósticos

Inicialmente se debe interrogar al paciente para saber si ha estado en contacto con un caso confirmado en los últimos 14 días o si ha estado en un lugar de donde se conozca que existe riesgo de infección ³².

Otro método diagnóstico es la tomografía computerizada de tórax, la cual presenta una sensibilidad del 98%, junto con la RT-PCR, que ha sido el método diagnóstico más usado en el mundo para la detección del SARS-CoV-2 en las secreciones respiratorias ³³. Para ello, se recoge una muestra a través del exudado nasofaríngeo u orofaríngeo, posteriormente se extrae el material genético del virus de las células infectadas y se analiza mediante la RT-PCR, permitiendo analizar las secuencias genéticas de las proteínas N, E y S y, por tanto, detectando el genoma vírico. Además, determina la carga viral en las células del paciente infectado, calculando las copias del virus que hay presentes en las células mediante el valor umbral de ciclo ^{34/35}.

Una forma rápida de diagnosticar la infección es la detección de antígeno-anticuerpo, siendo esta una prueba cualitativa. El método más utilizado es el ELISA (ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas) que detecta el antígeno vírico a partir de un exudado nasofaríngeo u orofaríngeo. Otra prueba diagnóstica rápida consiste en la detección de inmunoglobulinas (Ig) generadas por el paciente en la respuesta inmunitaria al virus. En concreto, durante la fase aguda de la enfermedad se identifican IgM, e IgG durante la fase crónica o en la recuperación ^{36/37/38}.

1.6. Medidas preventivas

Dada la gran difusión del SARS-CoV-2 y a que actualmente la comunidad médica no dispone de un medicamento específico contra el virus ³⁹, la medida más efectiva es la prevención. En este sentido, la OMS ³ recomendó unas medidas generales, con énfasis en el uso de mascarilla y la higiene de manos:

- **Para la población general:**
 - Evitar aglomeraciones y espacios cerrados.
 - Lavado frecuente de manos con agua y jabón, o alguna solución a base de alcohol de, al menos, 70°.
 - Mantener la distancia física con otras personas de un metro.
 - Evitar el saludo de mano.
 - Evitar tocarse la nariz, ojos o boca.

- **Para la población con síntomas:**

- Empleo de mascarilla.
- Solicitar atención médica si presenta dificultad respiratoria o cualquier otro síntoma que pueda suponer un compromiso vital.
- Confinarse y mantener la distancia física con otros de un metro.
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón, o alguna solución a base de alcohol de, al menos, 70°.
- Evitar el saludo de mano.
- Cubrirse la nariz y la boca con el ángulo interno del codo o con un papel desechable al estornudar o toser.

El lavado de manos debe ser con jabón o con solución alcohólica durante 20 – 40 segundos. Se debe realizar de forma frecuente ya que el SARS-CoV-2 puede mantenerse en superficies hasta 9 días ⁴⁰. Respecto al uso de mascarillas, especialmente para el personal sanitario, la OMS recomienda respiradores de alta eficiencia, entre los que se encuentran las FFP2 y la FFP3, con un filtro de partículas de 3 a 5 μm , con una eficiencia superior al 95% ⁴¹.

Asimismo, otra medida importante de prevención es el desarrollo de vacunas con el fin de evitar procesos más graves de la enfermedad ⁴².

2. LAS CLÍNICAS DENTALES DURANTE LA PANDEMIA

Con el inicio de la pandemia los centros sanitarios vivieron una situación nunca vista hasta el momento, viéndose obligados a reducir su actividad de forma total o parcial. Más concretamente, las clínicas dentales sólo atendieron urgencias durante el periodo inicial, es decir, del 14 de marzo al 4 de mayo de 2020, e incluso, muchas clínicas cerraron de forma total. Durante este periodo se redujo un 40% los tratamientos dentales de urgencia y, más aún, los tratamientos electivos ⁴³.

Sin embargo, a diferencia de otras especialidades médicas, los tratamientos dentales presentan un riesgo mayor de contagio y difusión del virus ya que implican un contacto muy estrecho, impidiendo el uso de mascarillas por parte de los pacientes o el mantenimiento del distanciamiento interpersonal, estando muy expuestos a los diferentes fluidos que pueden contienen el SARS-CoV-2 ⁴⁴. Además, muchos tratamientos dentales implican el uso de instrumentos de alta velocidad, provocando gran cantidad de partículas que, mezclados con la saliva y/o la sangre de los pacientes, generan aerosoles con una alta carga viral, facilitando la

dispersión y el contagio del virus ⁴⁵. Por ello, se realizó un triaje, tratando únicamente los tratamientos dentales de carácter urgente.

2.1. Tratamientos dentales

Según la *American Dental Association* ⁴⁶ (ADA), los tratamientos dentales se dividen según su prioridad de atención en:

2.1.1. Tratamientos de emergencia: son todos aquellos que necesitan atención inmediata ya que está en juego la vida de la persona. Se basan en detener la hemorragia, aliviar el dolor intenso y tratar infecciones. Estos supuestos son:

- Sangrado que no puede ser controlado.
- Celulitis e infección bacteriana con inflamación que pueden comprometer la vía aérea.
- Traumatismos faciales con compromiso de la vía aérea.

2.1.2. Tratamientos urgentes: aquellos que necesitan atención ya que producen un dolor severo:

- Pulpitis, pericoronaritis e impactación del cordal.
- Osteitis postoperatoria y alveolitis seca.
- Absceso o infección bacteriana local.
- Traumatismo dental: fractura, avulsión o luxación dental.
- Procedimientos médicos que requieren tratamiento dental previo.
- Biopsias de lesiones sospechosas.
- Urgencias en portadores de prótesis.
- Urgencias en portadores de ortodoncia.

2.1.3. Tratamientos electivos/rutinarios: aquellos no incluidos anteriormente:

- Exámenes rutinarios y revisiones.
- Tartrectomías y tratamientos preventivos.
- Tratamientos restauradores.
- Extracción de dientes asintomáticos.
- Procedimientos ortodóncicos que pudieran producir complicaciones.

2.2. Protocolo de atención dental

Esta nueva situación derivó en la necesidad de realizar un protocolo para la atención de las urgencias dentales con el fin de lograr la mayor protección frente al contagio y difusión del COVID-19:

2.2.1. Consideraciones antes de la atención dental

- *Evaluación del equipo sanitario:* se recomienda que todos los trabajadores del centro tengan administrada la vacuna frente al SARS-CoV-2. Aquellos con sospecha de padecer la enfermedad no deberán acudir a trabajar. Asimismo, se debe proteger a los trabajadores con mayor riesgo de contraer la enfermedad ⁴⁷.
- *Necesidad de atención dental:* Mediante llamada telefónica o videollamada previa a la consulta presencial del paciente se hará un cribaje determinando el carácter urgente de la visita, evitando de este modo visitas innecesarias ⁴⁸.
- *Evaluación del paciente:* Se realizará un test de salud, haciendo hincapié en el historial y posibles antecedentes de contactos, y una toma de la temperatura corporal ⁴⁹.
- *En la sala de espera:* respetar la distancia social de un metro, mascarilla siempre puesta, reducir el número de personas presentes y posibilitar su ventilación. Los pacientes deben acudir solos al centro, y se deben retirar todos los elementos que no sean indispensables. Además, deben lavarse las manos con desinfectante antes y después de la atención recibida ⁵⁰.

2.2.2. Medidas de protección durante el tratamiento

- *Lavado de manos:* tanto el personal sanitario como el paciente, con agua y jabón o desinfectante ⁴⁴.
- *Desinfección de superficies e instrumental:* el material utilizado durante la atención y las superficies del gabinete deben ser desinfectadas antes y entre pacientes, de este modo, se evita la persistencia del virus. El instrumental se desinfectará con etanol 62 – 71º, hipoclorito al 0.10% o peróxido de hidrógeno al 0.50% durante, al menos, un minuto ⁵¹.
- *Barreras de protección:* se debe utilizar material de protección, como mascarillas, gafas protectoras, batas desechables, guantes, gorros y cobertor de calzado desechable, debiéndose desinfectar entre pacientes. La ropa clínica y el calzado deben ser diferentes a la vestimenta exterior ⁴⁹.
- *Colutorios:* Estudios han demostrado que colutorios a base de peróxido de hidrogeno al 1% o povidona al 0.20% durante 15 segundos reducen la carga viral salivar y, en consecuencia, de los aerosoles que se puedan generar ⁵².

2.3. Implantología Oral

Los tratamientos relacionados con la Implantología Oral se consideran de carácter invasivo, cuestionándose su realización en la situación de pandemia. A pesar de que en sí no son tratamientos que generen aerosoles, sí que pueden ocasionar complicaciones intra- o

postoperatorias, además de asumirse un riesgo innecesario de contagio en un tratamiento electivo y, por tanto, que puede posponerse ⁵³.

2.3.1. Complicaciones intraoperatorias: las complicaciones que pueden suceder durante el procedimiento implantológico son:

- *Hemorragias:* a consecuencia de la laceración de un vaso sanguíneo, durante la incisión de los tejidos blandos o el fresado óseo. Pueden ser intra- o postoperatorias, variando su gravedad, pudiendo llegar incluso a comprometer la vida del paciente ⁵⁴.
- *Daño a estructuras vecinas:* como nervios, accidentes anatómicos o dientes vecinos. Son ocasionadas frecuentemente por un desconocimiento anatómico del operador y/o una inadecuada/insuficiente planificación del tratamiento, así como un fresado inadecuado evitable mediante la comprobación con radiografías periapicales intraoperatorias ⁵⁵. Las más frecuentes son (1) la penetración en el canal del nervio dentario inferior (NDI) y (2) en el seno maxilar. El daño al NDI puede ocasionar dolor agudo y parestesia, temporal o permanente. Para evitarlo se debe mantener un margen de seguridad de 2 mm con la parte superior del canal nervioso ⁵⁶. La penetración en el seno maxilar no suele originar grandes complicaciones ya que la membrana de Schneider se regenera en 2 – 3 meses, sin embargo, en algunos casos se puede producir mucocelos, sinusitis, y/o hemosenos, entre otros ⁵⁷.

2.3.2. Complicaciones postoperatorias. En función de cuando se producen en relación con el procedimiento quirúrgico, pueden ser complicaciones mediatas o tardías:

- *Mediatas:*
 - Hemorragias: la hemorragia postoperatoria más común se produce en el suelo de boca, debido a la perforación de la arteria sublingual, apareciendo al día siguiente de la cirugía. Se trata de una complicación severa ya que se puede ocasionar la protrusión lingual y obstrucción de vías aéreas superiores, pudiendo comprometer la vida del paciente ⁵⁶.
 - Parestesia: a consecuencia del trauma quirúrgico, por compresión o distensión nerviosa (del NDI o del mentoniano), pudiendo producir parestesia, generalmente reversible. También puede provocar dolor ⁵⁶.
 - Inflamación y hematoma: complicación menor asociada directamente con un mayor trauma quirúrgico e intervenciones de larga duración ⁵⁶.
 - Infección: suele producirse por no llevar a cabo medidas adecuadas de asepsia, lo que favorece la contaminación intraoperatoria del lecho quirúrgico, o por no

haber realizado un control local de las patologías bucales previas del paciente, o sistémico como, por ejemplo, diabetes mellitus ⁵⁸.

- *Tardías:*
 - Sinusitis: se observan en cirugías de elevación sinusal en las que se han empleado materiales de regeneración. Su resolución suele ser sinuosa y larga ⁵⁷.
 - Infecciones y abscesos: suele asociarse en mayor medida a implantes inmediatos (postextracción) donde la preparación del lecho puede reactivar algún foco bacteriano previo que puede ocasionar el fracaso temprano del implante ⁵⁸.
 - Complicaciones prostodónticas: acontecen tras la carga funcional de los implantes. Las principales son:
 - Fractura del implante: generalmente por un mal diseño de la prótesis, exceso de fuerzas o mal estado/baja calidad del implante ⁵⁹.
 - Fractura de la prótesis, y/o aflojamiento o rotura de tornillos protésicos: principalmente por la fatiga del metal a la hora de elaborar la prótesis, por una sobrecarga funcional, y/o un exceso de torque al tornillo ⁵⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



El COVID-19 es una enfermedad causada por un virus denominado coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), el cual fue descubierto en diciembre del 2019 en Wuhan, China. Se trata de un virus altamente contagioso que se extendió globalmente de un modo muy rápido ⁶⁰, afectando a más de 494 millones de personas, de las cuales, causó la muerte a más de 6.17 millones hasta abril de 2022 ⁶¹.

La situación cambió para la población mundial el 11 de marzo de 2020, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como una pandemia ⁶². Para prevenir la propagación de la enfermedad, la mayor parte de países implementaron medidas de contención sin parangón hasta el momento, como el cierre de colegios, restaurantes y tiendas, restringiendo viajes nacionales e internacionales, e implementando medidas de distanciamiento social, evitando las relaciones interpersonales ⁶.

En España se declaró el *Estado de Alarma* el 14 de marzo de 2020 y, el 29 de marzo, se prohibió la libertad de desplazamientos y se impuso un confinamiento generalizado domiciliario a todos los trabajadores no esenciales ⁷. No obstante, el cierre de clínicas dentales no fue obligatorio al considerarse centros sanitarios ⁶³. A pesar de ello, ante la gran incertidumbre sufrida durante el inicio de la pandemia, la mayoría de dentistas pospusieron los tratamientos dentales electivos, únicamente proporcionando asistencia odontológica de emergencia, de acuerdo con las recomendaciones del *Consejo General de Dentistas de España* ⁶⁴. Estas recomendaciones se basaron en las guías publicadas por la *Asociación Dental Americana (ADA)* ⁶⁵, quienes definieron las directrices para discernir los tratamientos considerados emergencias odontológicas.

Los consultorios dentales tuvieron que implementar medidas de seguridad costosas y complicadas en un periodo corto de tiempo, principalmente cambiando la forma en la que los pacientes accedían a los centros dentales y ajustando las estrategias para brindar una atención de calidad. Durante los primeros meses existió una falta de stock de los equipos de protección individual (EPIs), y muchos centros dentales lucharon por adquirir suficiente cantidad para sus equipos de trabajo ^{66,67}.

El 4 de mayo de 2020 se retiraron las limitaciones para atender tratamientos no urgentes ⁷, por lo que aquellos relacionados con la inserción de implantes pudieron retomarse. Sin embargo, debido a la ausencia de EPIs y al miedo existente por parte de los pacientes y de los profesionales dentales ⁶⁸, el número de estos procedimientos se vio afectado. Los dentistas son considerados uno de los grupos de riesgo de infección de COVID-19 dada su proximidad con el paciente y la frecuente generación de aerosoles derivado de los tratamientos dentales,

lo que puede haber contribuido a la decisión de muchas clínicas dentales de cerrar durante este periodo⁶⁹.

Durante muchas décadas, la Odontología ha trabajado para establecer protocolos y pautas de bioseguridad dado al estrecho contacto entre profesional y paciente a la hora de realizar los tratamientos y el frecuente contacto tanto con saliva y sangre, pudiendo estar contaminadas por diversos patógenos⁷⁰. Numerosas infecciones como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis, o la tuberculosis, han sido caballos de batalla para los dentistas, habiéndose controlado el riesgo de transmisión con éxito. No obstante, la irrupción del SARS-CoV-2 y la actuación del gobierno e instituciones sanitarias han exigido la implementación de más protocolos y medidas de protección frente al contagio, afectando especialmente en el inicio de la pandemia a los tratamientos que se podían realizar⁷¹.

Por tanto, los dentistas, como profesionales sanitarios, se vieron afectados de forma directa tanto en la prevención y propagación de la infección, como en la forma en la que se brindaba la atención a sus pacientes. En este sentido, se produjo un descenso del 38% en el número de pacientes que solicitaron atención odontológica en comparación con el mismo periodo de manera anterior al brote de COVID-19⁷². Más concretamente, la Implantología Oral fue una de las "especialidades" más afectadas, dada la combinación de tratamientos quirúrgicos y protésicos⁷³.

Teniendo en cuenta la situación vivida durante el peor momento de la pandemia y durante los meses posteriores en las clínicas dentales y, en especial, en relación con los tratamientos relacionados implantológicos dado su carácter no urgente, el presente estudio de investigación doctoral presenta los siguientes objetivos:

- **Objetivo principal:**
 - Conocer la situación de la práctica de la Implantología Oral en España 18 meses después del inicio de la pandemia de COVID-19 y compararla con los primeros meses.
- **Objetivos secundarios:**
 - Conocer cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 sobre factores laborales como:
 - Los tratamientos relacionados con la Implantología Oral realizados durante dicho periodo.
 - Preocupación por contraer la enfermedad en el ambiente laboral.

- Grado de recuperación de la práctica laboral.
- La capacidad de retención del personal de la clínica dental.
- Medidas de prevención y de control de la transmisión de la infección frente al COVID-19 implementadas durante los primeros 18 meses de pandemia:
 - Tipos de medidas implementadas.
 - Opinión de los pacientes y del personal odontológico sobre estas medidas.

MATERIAL Y MÉTODOS



1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente es un estudio observacional transversal fue confeccionado siguiendo las directrices STROBE (por sus siglas en inglés, *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) ⁷⁴. Se basó en la información recogida a través de una encuesta anónima contestada por miembros de la Sociedad Española de Implantes (SEI), por tanto, con dedicación a la Implantología Oral. Al tratarse de una encuesta no ha sido necesaria su aprobación por parte de un comité de ética de la Universidad de Sevilla. Esta encuesta fue realizada a través de *Google Drive* y difundida mediante correo electrónico por la secretaria de la sociedad científica a sus socios, proporcionando el enlace de acceso a la misma. El cuestionario estuvo abierto desde diciembre de 2021 hasta enero de 2022, periodo durante el cual se enviaron tres recordatorios para que aquellos socios que no hubieran contestado hasta el momento tuvieran la posibilidad de hacerlo. Los participantes fueron voluntarios y anónimos, evitando con ello la trazabilidad de los encuestados. Asimismo, no se les proporcionaron incentivos por la contestación de la encuesta.

2. DISEÑO DE LA ENCUESTA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Dada la originalidad del tema, el cuestionario se diseñó íntegramente mediante un panel de expertos con el fin de evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la práctica implantológica en España.

Dicho cuestionario se compuso de 26 preguntas cerradas agrupadas en tres bloques. El *primer bloque*, compuesto por 9 preguntas, investigó datos de carácter general relativos a los profesionales encuestados, como datos demográficos, profesionales, formación académica específica relacionada con la Implantología Oral, y personales, en concreto, si alguien cercano al encuestado sufrió las consecuencias del COVID-19 de forma grave. El *segundo bloque* se compuso de 11 preguntas relacionadas con la preocupación de los encuestados de sufrir la enfermedad y las consecuencias laborales derivadas de la situación de crisis sanitaria. Por último, el *tercer bloque* se compuso de 6 preguntas, dos de ellas de opción múltiple, que investigaron las medidas preventivas de control de la transmisión frente al COVID-19, así como su aceptación por parte de los pacientes. Todas las preguntas del cuestionario fueron obligatorias para los encuestados ya que, sin contestar completamente una pregunta, no se podría avanzar a la siguiente.

A continuación, se adjuntan las preguntas de la encuesta:

BLOQUE 1: Variables generales relacionadas con el profesional encuestado.

1. Sexo:

- a) Mujer.
- b) Hombre.

2. Edad:

- a) ≤ 30 años.
- b) 31 – 40 años.
- c) 41 – 50 años.
- d) 51 – 60 años.
- e) > 60 años.

3. Experiencia colocando implantes (años):

- a) ≤ 5 años.
- b) 6 – 15 años.
- c) 16 – 20 años.
- d) > 20 años.

4. ¿Ejerce su práctica clínica en exclusiva realizando tratamientos relacionados con la Implantología Oral?

- a) Sí.
- b) No.

5. Número medio de implantes insertados al año.

- a) ≤ 50 implantes.
- b) 51 – 100 implantes.
- c) > 100 implantes.

6. Nivel de formación en implantología:

- a) Máster en Implantología Oral, Cirugía Bucal, Periodoncia, o combinaciones.
- b) Estudiante de Máster en Implantología Oral, o relacionado.
- c) Curso de especialización (o de "experto") en Implantología Oral.
- d) Cursos de formación continuada en Implantología Oral.
- e) Ninguna de las anteriores.

7. Práctica diaria principal:

- a) Práctica privada (en exclusiva).

- b) Hospitalaria/ Clínica multiespecialidades.
- c) Profesor de universidad.
- d) Estudiante de Máster en Implantología Oral, Cirugía Bucal, Periodoncia, o combinaciones.
- e) No ejerzo la Odontología actualmente.

8. Hábitat de trabajo:

- a) Rural.
- b) Urbano.

9. Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave:

- a) Un familiar cercano.
- b) Yo mismo/a.
- c) Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as.
- d) Nadie cercano y/o conocido.

BLOQUE 2: Variables relacionadas con la preocupación por el COVID-19 y sus consecuencias laborales.

1. ¿Cuál fue la respuesta inicial a la pandemia de COVID-19?

- a) Cierre total.
- b) Solo tratamientos de emergencia.
- c) Sin cambios.

2. ¿Se ha recuperado su práctica después del inicio de la pandemia de COVID-19?

- a) Completamente recuperada.
- b) Recuperada parcialmente.
- c) Todavía suspendida.
- d) Me jubilé durante la pandemia.

3. ¿Le preocupa contagiarse de COVID-19 durante su práctica como dentista?

- a) Si, estoy preocupado/a.
- b) Indiferente.
- c) No, no estoy preocupado/a.

4. Si le preocupa, ¿Cuál es el motivo principal?

- a) Respondí "indiferente/ no preocupado/a" a la pregunta anterior.
- b) Estoy preocupado/a por mi salud.

- c) Estoy preocupado/a por la salud de mi familia.
 - d) Me preocupa transmitir el virus a mis pacientes o compañeros/as.
 - e) Otras razones.
- 5. ¿Ha disminuido su preocupación por contraer COVID-19 desde que comenzó la pandemia?**
- a) Sí, estoy menos preocupado/a que cuando comenzó la pandemia.
 - b) Mi preocupación es la misma.
 - c) No, estoy aún más preocupado/a que cuando empezó la pandemia.
- 6. ¿El COVID-19 ha afectado la retención de la fuerza laboral en su lugar de trabajo (dentista, higienistas, asistentes, etc.)?**
- a) Sí, se ha reducido el personal de la clínica (reducción de horas), pero no se ha despedido a nadie.
 - b) Sí, los trabajadores han sido despedidos o han dejado el trabajo.
 - c) No, no ha habido reducción de personal.
- 7. En los últimos 9 meses, ¿Cuál ha sido el número de pacientes de implantes por mes en comparación con los primeros 9 meses (marzo a noviembre de 2020) de la pandemia?**
- a) Menos pacientes.
 - b) Aproximadamente el mismo número.
 - c) Más pacientes.
- 8. ¿Tuvo algún tratamiento de implantes de emergencia o pacientes con necesidades implanto-protésicas durante los primeros 9 meses de la pandemia?**
- a) Sí.
 - b) No.
- 9. ¿Realizó alguna cirugía de implantes durante los primeros 9 meses de la pandemia?**
- a) Sí.
 - b) No.
- 10. ¿Ha realizado alguna cirugía de implantes en los últimos 9 meses?**
- a) Sí.
 - b) No.
- 11. Durante los primeros 9 meses de la pandemia, ¿Realizó tratamientos de implantes no esenciales (es decir, procedimientos que no implicaron quitar puntos, colocar prótesis que ya estaban terminadas, etc.)?**

- a) Sí.
- b) No.

BLOQUE 3: Variables relacionadas con las medidas preventivas de control de transmisión frente al COVID-19.

- 1. ¿Está informando a los pacientes sobre el riesgo de COVID-19 antes de sus citas dentales? (Opción múltiple).**
 - a) Sí, verbalmente.
 - b) Sí, está incluido en el formulario de consentimiento.
 - c) Sí, a través de redes sociales y/o página web.
 - d) No.
- 2. ¿Qué tipo de medidas preventivas está implementando antes de una cita? (Opción múltiple).**
 - a) Medición de la temperatura corporal.
 - b) Cuestionario de riesgo de exposición reciente.
 - c) Resultados de una prueba PCR en los últimos 3 a 7 días.
 - d) Resultados de una prueba de antígenos en los últimos 3 a 7 días.
 - e) Otras medidas.
 - f) Sin medidas, es decir, tratamos al paciente como antes de la pandemia.
- 3. ¿Cuál es la opinión general de los pacientes sobre las medidas preventivas?**
 - a) Las consideran necesarias.
 - b) No los consideren necesarias o innecesarias.
 - c) No las consideran necesarias.
- 4. ¿Creo que mi lugar de trabajo ha tomado las medidas adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19?**
 - a) Sí.
 - b) No estoy seguro.
 - c) No.
- 5. En los últimos 9 meses, respecto al uso de EPIs (Equipos de Protección Individual).**
 - a) Uso menos EPIs en comparación a los primeros 9 meses de pandemia.
 - b) Uso el mismo número de EPIs en comparación a los primeros 9 meses de pandemia.
 - c) Uso más EPIs en comparación a los primeros 9 meses de pandemia.

6. ¿Su lugar de trabajo introdujo medidas adicionales de prevención de aerosoles cuando comenzó la pandemia (p. ej., más aspiradores, salas de presión negativa, etc.)?
- Sí, y todavía las usamos.
 - Sí, pero ya no las estamos usando.
 - No.

3. PARTICIPANTES

La encuesta fue enviada electrónicamente a todos los socios miembros de la SEI que no solicitaran expresamente su deseo de no recibir correos electrónicos. En concreto, se envió a un total de 1.661 participantes, todos con dedicación a la Implantología Oral. mediante el siguiente enlace de *Google Drive*: <https://docs.google.com/forms/d/1eOfaS3gCMtbhA7SAtnPeOnAxBlGdK4fPzbNzIjo6e6k/edit> (acceso del 2 de diciembre de 2021 al 31 de enero de 2022). La terminación de la encuesta implicaba el consentimiento tácito del participante para la recopilación de la información.

4. ANALISIS ESTADISTICO

Se han determinado como variables de cruce todas las variables descriptivas de los sujetos (bloque I): sexo, edad, experiencia (en años) colocando implantes, exclusividad en la práctica implantológica, número medio de implantes insertados al año, formación específica en Implantología Oral, tipo de práctica diaria principal, hábitat donde desarrolla su actividad laboral, y padecimiento de las consecuencias de COVID-19 de manera grave en personas del entorno del encuestado.

Se realizaron los siguientes análisis:

- Descriptivo de la muestra (características de la población encuestada).
- Cruces entre las variables cualitativas. Se ha llevado a cabo la prueba de Chi². Para determinar los grupos que marcan la diferencia se han empleado los residuos tipificados corregidos de Haberman, lo que ha permitido obtener la significación de las celdas de modo independiente, esta significación implica que el porcentaje de la celda es diferente, estadísticamente, del correspondiente al total de la muestra. Se han utilizado como variables de corte las del bloque I.

- iii. Intervalos de confianza. Se han calculado intervalos de confianza para las categorías de variables categorizadas, con un nivel de confianza del 95%, suponiendo que el universo está formado por 1.661 sujetos.

Criterios tomados en la presentación de las tablas:

- Se ha indicado con el formato habitual ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$, $p < 0,0001$ y $p < 0,00001$), cuanto menor sea la cifra mayor es la significación estadística.
- La significación de los cruces entre variables categorizadas (χ^2) hace referencia al conjunto de la tabla y se representa en azul. Para identificar las celdas significativas en la χ^2 se procedido de la siguiente manera: marcar de azul y negrita la celda y acompañarla de una llamada *N donde N es un número de 1 a 5 que indica la significación de la celda: *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$, *4: $p < 0,0001$ y *5: $p < 0,00001$.
- En los casos de variables dicotómicas representadas sólo por el porcentaje de "sí", la significación de las celdas mostradas ("sí") es la misma para la opción contraria ("no").

RESULTADOS

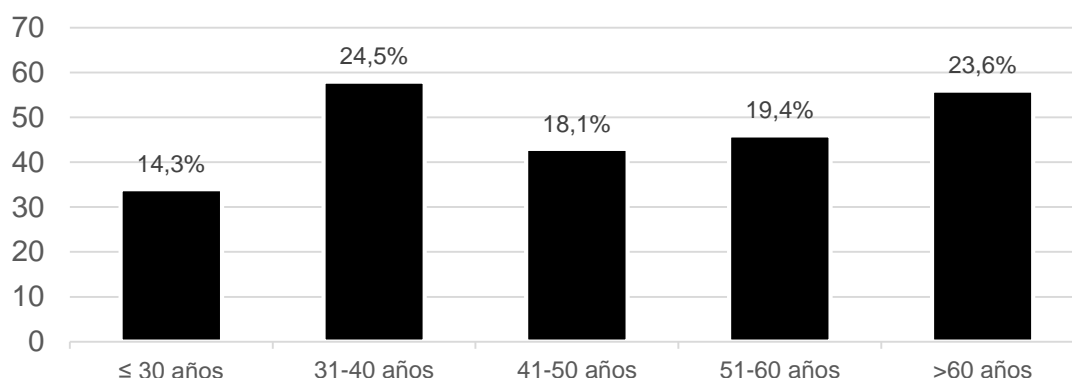


Se obtuvieron 237 respuestas de un total de 1.661 participantes, lo que representa una tasa de respuesta del 14,3%. Todos los participantes contestaron a todas las cuestiones de la encuesta ya que se establecieron todas las preguntas como obligatorias, es decir, en el supuesto de no contestar a una pregunta no se podía avanzar a la siguiente.

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS

1.1. Características demográficas:

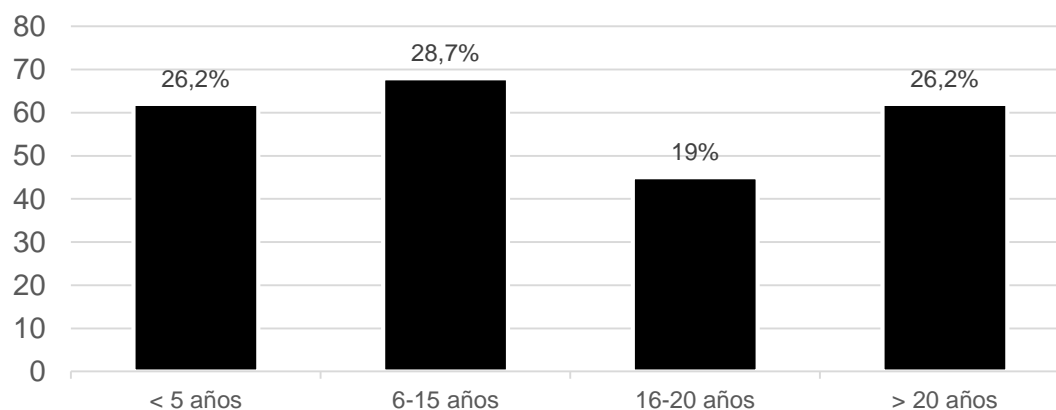
De las 237 personas entrevistadas, 165 eran hombres (69,6%) y 72 mujeres (30,4%). Respecto a la edad de los mismos, se distribuyeron en 5 grupos: ≤ 30 años ($n= 34$; 14,3%); de 31 a 40 años, el cual fue el más prevalente ($n= 58$; 24,5%); de 41 a 50 años ($n= 43$; 18,1%), de 51 a 60 años ($n= 46$; 19,4%) y > 60 años ($n= 56$; 23,6%). No fue posible calcular la edad media de los participantes ya que los encuestados seleccionaban las categorías de edad a la que pertenecían.



1.2. Características profesionales:

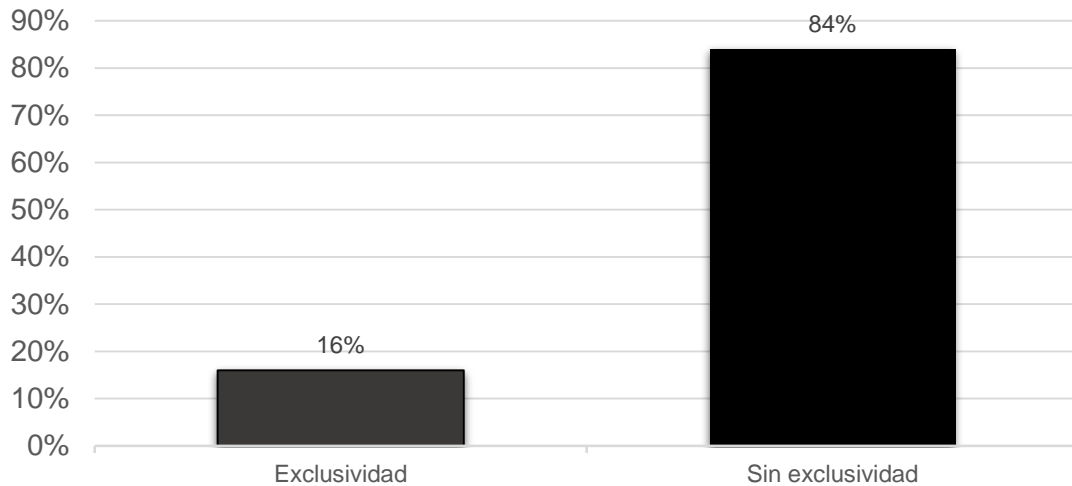
1.2.1. Experiencia colocando implantes dentales (IDs) (en años):

La muestra se dividió en 4 grupos: el primero englobó a profesionales con \leq de 5 años de experiencia ($n= 62$; 26,2%), el segundo, con 6 a 15 años ($n= 68$; 28,7%), el tercero, de 16 a 20 años ($n= 45$; 19%) y, el cuarto, con $>$ de 20 años ($n= 62$; 26,2%).



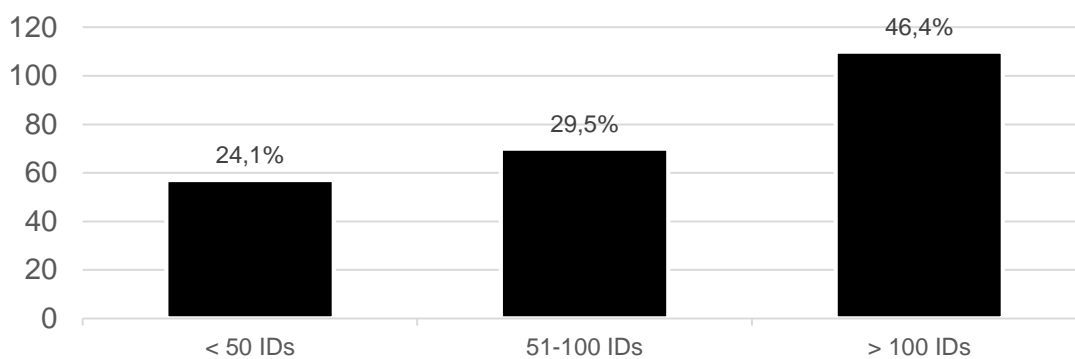
1.2.2. Práctica en exclusividad en tratamientos de IDs:

De los 237 encuestados, sólo 38 (16%) ejercen la Implantología en exclusiva, mientras que los 199 restantes (84%), tienen una práctica clínica más diversificada.



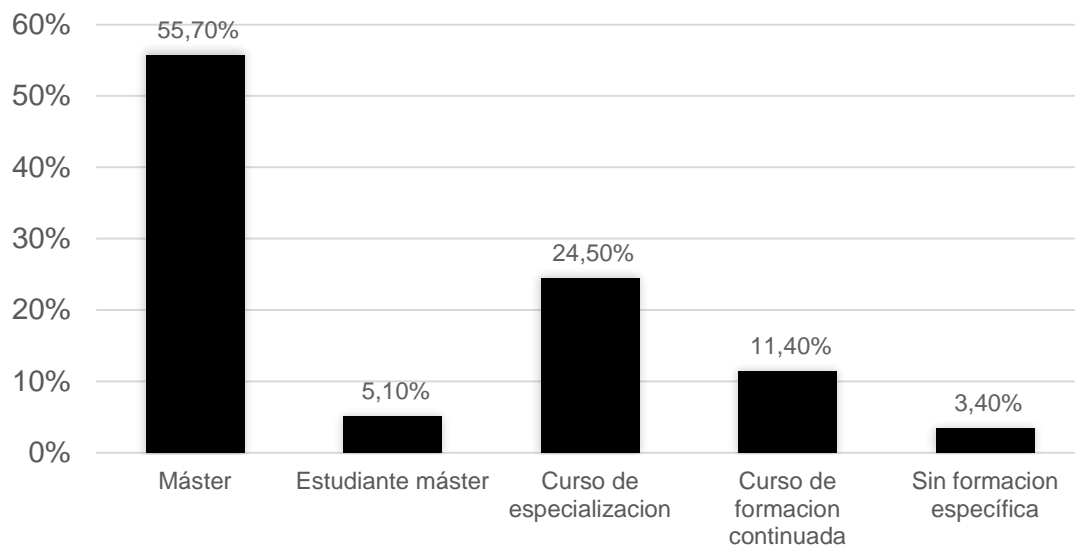
1.2.3. Número medio de IDs colocados al año:

La mayoría de los encuestados colocaron > 100 IDs (n= 110; 46,4%), seguido de los que colocaron 51–100 IDs (n= 70; 29,5%) y, < 50 IDs (n= 57; 24,1%).



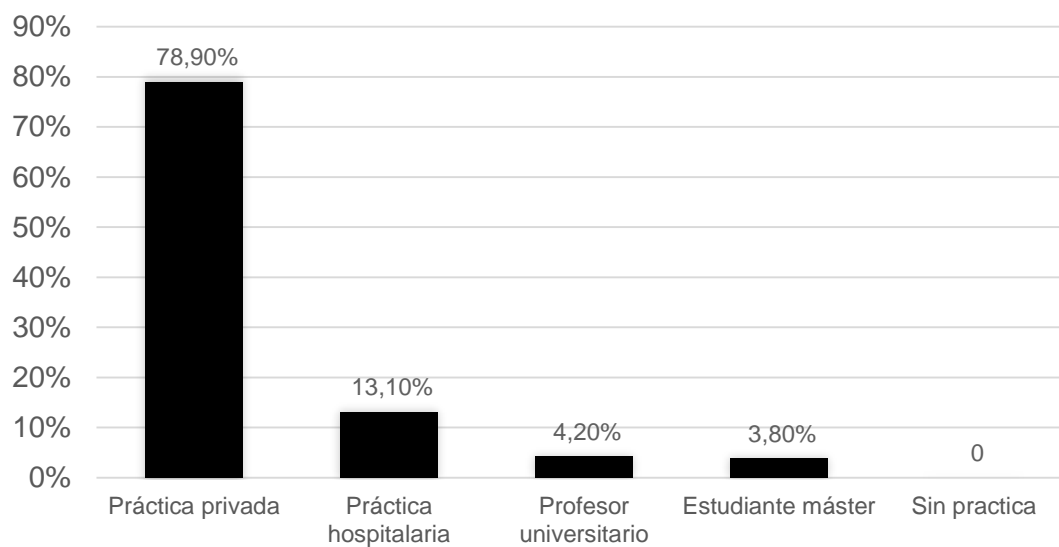
1.2.4. Nivel de formación en Implantología Oral:

Más de la mitad de los encuestados disponían de un máster relacionado con la Implantología Oral (n=132; 55,7%) o estaban cursándolo (n= 12; 5,1%), seguido de aquellos que disponían de un curso de especialización (n= 58; 24,5%). En menor medida cursaron cursos de formación continuada (n= 27; 11,4%), o no disponían de una formación específica (n= 8; 3,4%).



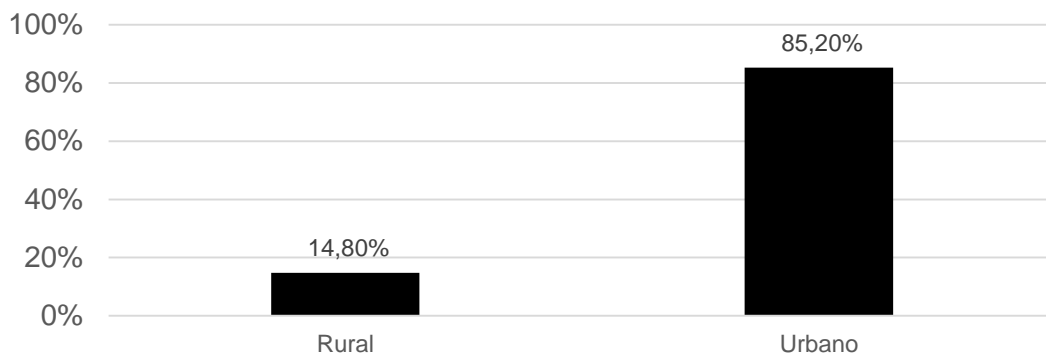
1.2.5. Práctica diaria:

La práctica laboral más extendida fue en el sector privado (n=187; 78,9%), seguida del hospitalario (n= 31; 13,1%), universitario (n= 10; 4,2%) y estudiantes de máster (n= 9; 3,8%). Ningún encuestado no se encontraba practicando la Odontología en el momento de la realización de la encuesta.



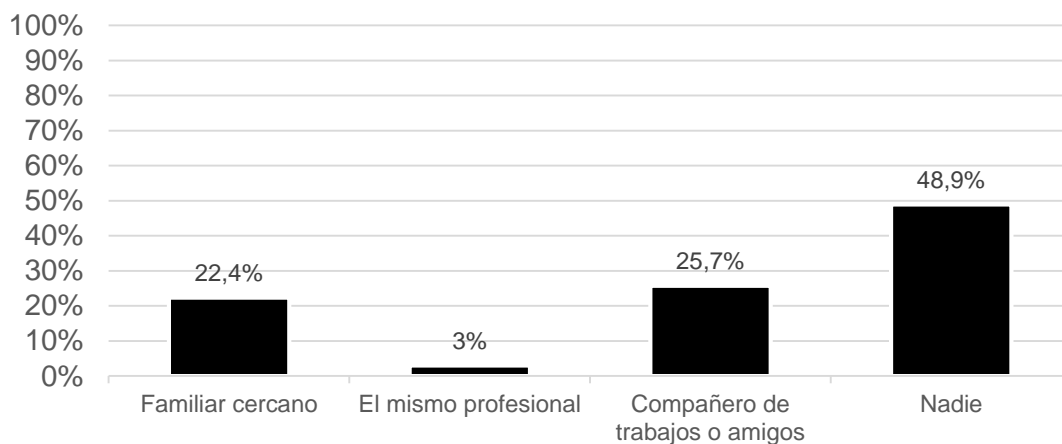
1.2.6. Ámbito laboral:

La mayoría de los encuestados trabajaban en el ámbito urbano (n= 202; 85,2%), frente a un 14,8% (n= 35) en el rural.



1.2.7. Alguien cercano al encuestado sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave:

La mayoría de los participantes no conocía a nadie cercano que padeciera la enfermedad de forma grave (n= 116; 48,9%), mientras que en torno a un cuarto de los encuestados conocían a compañeros de trabajo y/o amigos (n= 61; 25,7%) o a algún familiar (n= 53; 22,4%). Tan sólo un 3% de los encuestados lo sufrieron ellos mismos (n= 7).

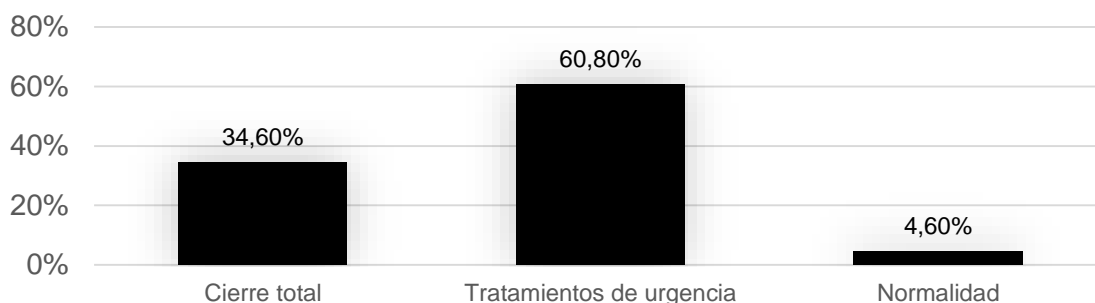


2. VARIABLES RELACIONADAS CON LA PREOCUPACIÓN POR EL COVID-19 Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES

2.1. Respuesta inicial a la pandemia COVID-19:

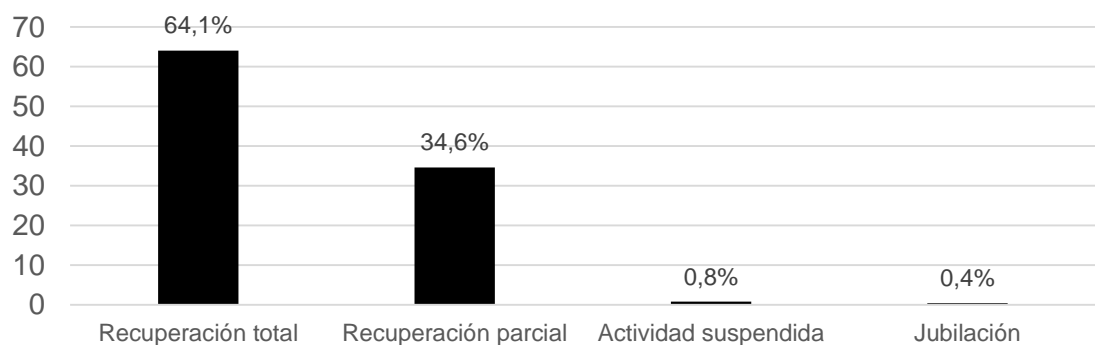
Tras el inicio de la pandemia se analizó la respuesta de los encuestados. La más frecuente fue el cierre total de las clínicas (n= 82; 34,6%), seguido de la apertura parcial, es decir,

una asistencia basada únicamente en tratamientos de urgencia ($n=144$; 60,8%). Tan sólo un 4,6% continuaron su labor con total normalidad ($n=11$).



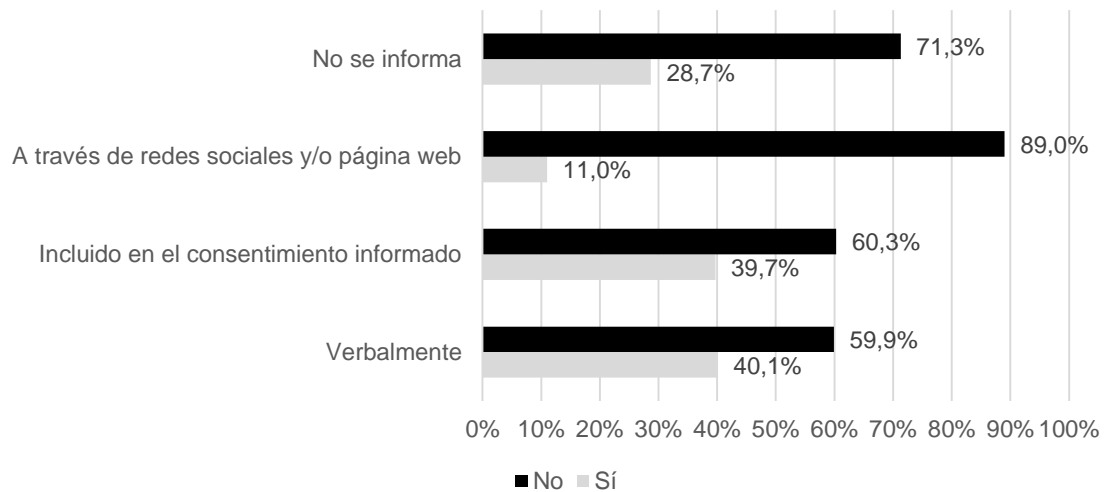
2.2. Recuperación de la práctica después del inicio de la pandemia:

Tras el estado de alarma se recuperó la actividad de forma variable: La mayoría lo hicieron en su totalidad ($n=152$; 64,1%) o parcialmente ($n=82$; 34,6%). Tan sólo 2 profesionales la mantuvieron suspendida (0,8%), y sólo uno se jubiló en este periodo (0,4%).



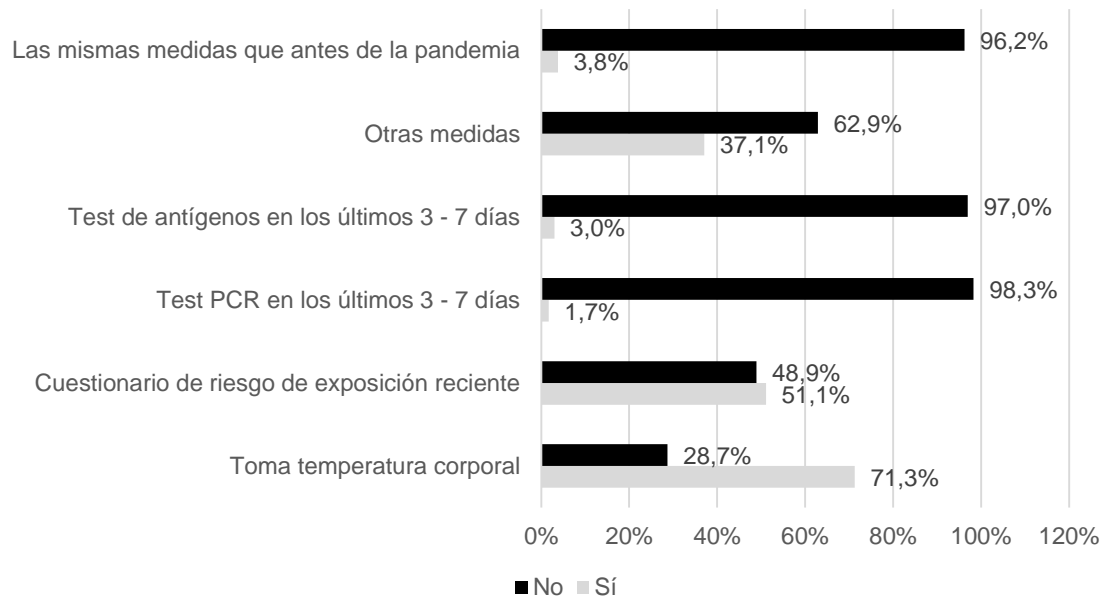
2.3. Información a los pacientes de forma previa a sus citas dentales sobre el riesgo de contraer COVID-19:

Más de la mitad de los encuestados ($n=169$; 71,3%) no informó a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales y, entre aquellos que sí lo hicieron, el medio de elección preferente fue el verbal, ya fuera vía telefónica o en persona el día de la cita ($n=95$; 40,1%). El medio menos popular para transmitir dicha información fueron las redes sociales y/o páginas web ($n=26$; 11%).



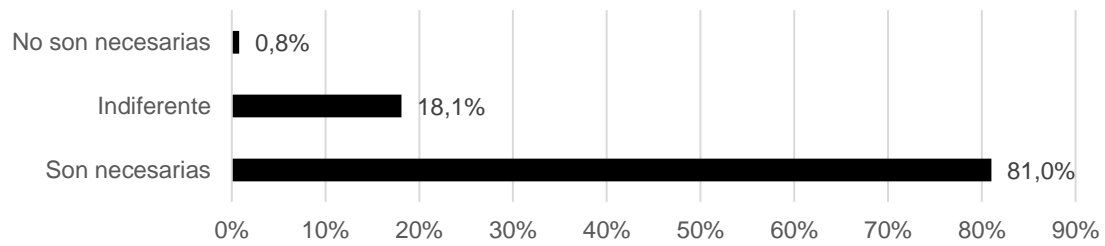
2.4. Medidas de prevención implementadas antes de una cita:

Las medidas de prevención más populares implementadas de manera previa a una cita fueron la toma de la temperatura corporal (n=169; 71,3%) y el cuestionario de riesgo de exposición reciente (n=121; 51,1%). Sólo un 3,8% (n=9) no implementaron medidas específicas de acuerdo con el estado excepcional que se estaba viviendo.



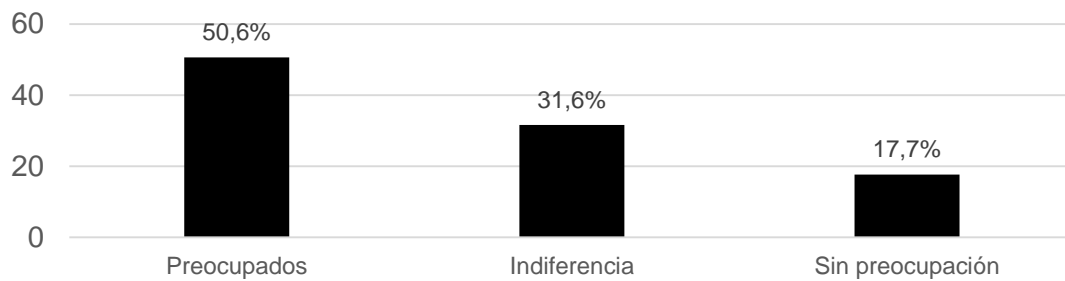
2.5. Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención:

Las medidas adoptadas por las clínicas dentales fueron comprendidas y aceptadas por la mayoría de los pacientes (n=192; 81%).



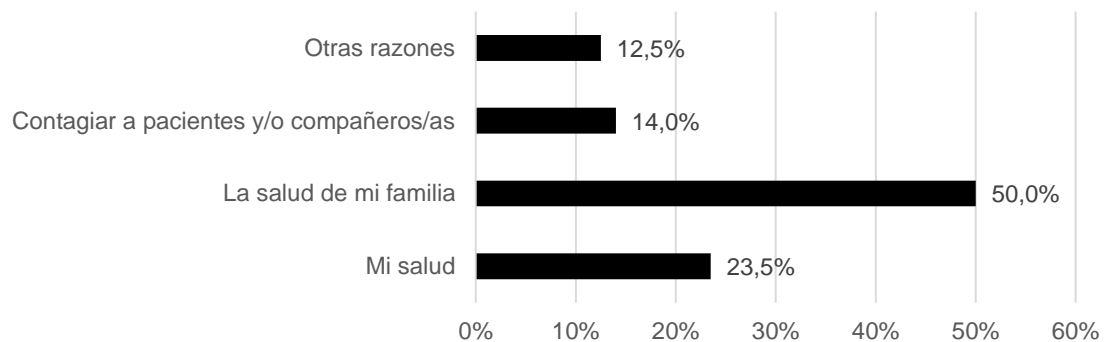
2.6. Preocupación por el contagio durante su práctica clínica:

A más de la mitad de los dentistas les preocupaba contagiarse trabajando (n= 120; 50,6%). En cambio, a un 31,6% les causaba indiferencia (n= 75) y al 17,7% no les preocupaba (n= 42).



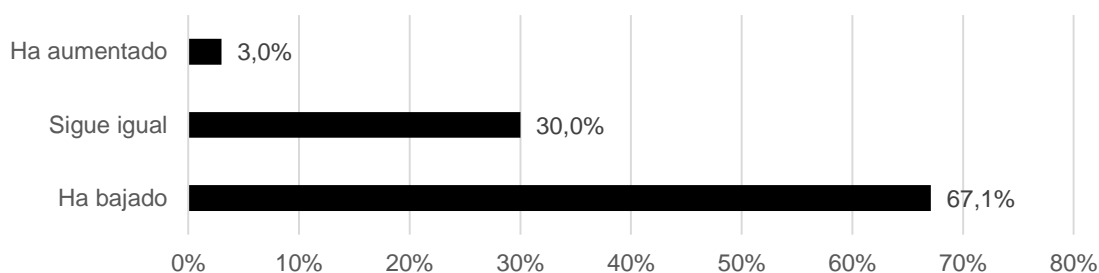
2.6.1. Mayor motivo de preocupación:

En general, el mayor motivo de preocupación de los encuestados fue el miedo a contagiar a su familia (n=68; 50%), por delante incluso de su propia salud (n=32; 23,5%).



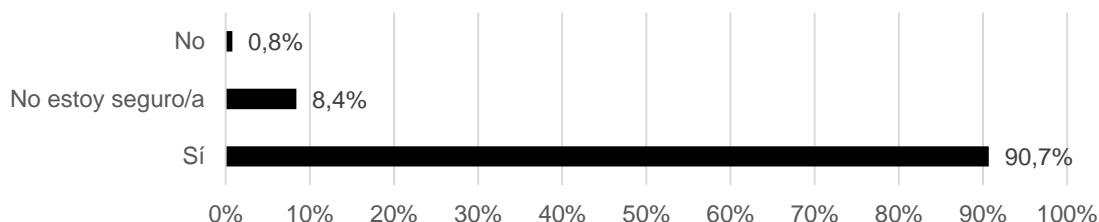
2.6.2. Cambio en la preocupación por contraer COVID-19:

La mayoría de los encuestados, tras los primeros 9 meses de pandemia disminuyeron su preocupación por contraer COVID-19 (n=159; 67,1%).



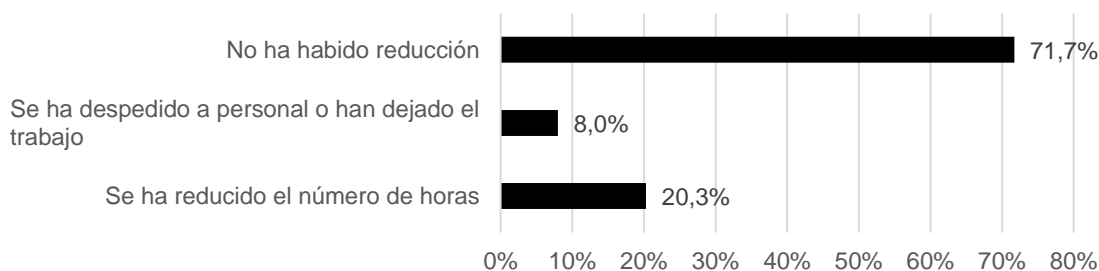
2.7. Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición frente al COVID-19

La inmensa mayoría de los encuestados considera que sus centros de trabajo implementaron medidas adecuadas de prevención y transmisión del virus (n=215; 90,7%). Tan sólo dos encuestados tuvieron una opinión negativa (0,8%).



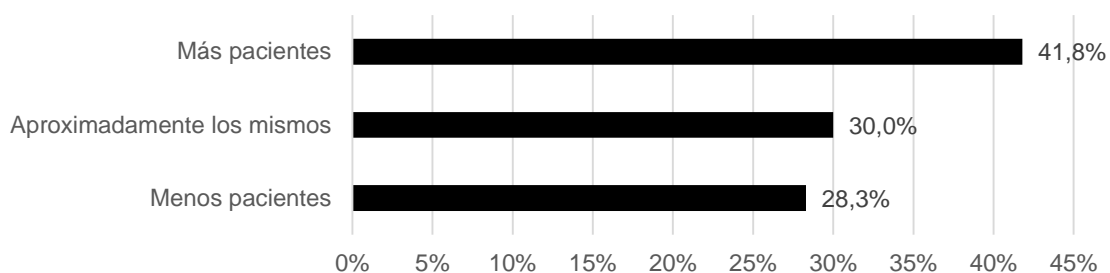
2.8. ¿Ha afectado la situación de pandemia al personal de su centro (dentistas, higienistas, auxiliares, etc)?

A pesar de la complicada situación vivida, en el 71,7% de las clínicas dentales no se redujo ni el número de horas del personal ni el número de trabajadores.



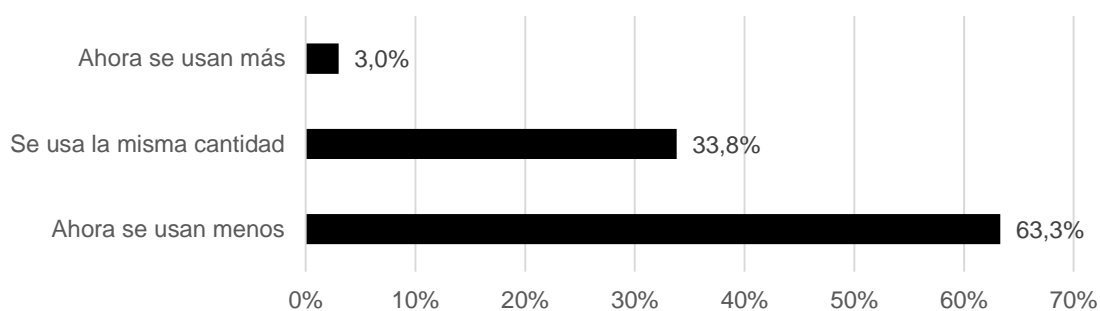
2.9. Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses de pandemia:

Las respuestas respecto a la recuperación del flujo de pacientes tras el periodo inicial de la pandemia están muy polarizadas. La mayoría de los dentistas tuvieron más pacientes que al inicio (n=99; 41,8%), sin embargo, el 30% (n=71) tuvo los mismos, e incluso un 28,3% (n=67) tuvo menos pacientes que en los peores momentos.



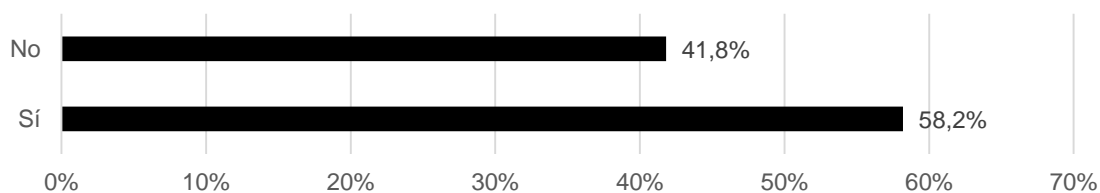
2.10. Variación en el uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses de pandemia

La gran parte de los encuestados emplearon menos EPIs tras los primeros 9 meses de pandemia (n= 150; 63,3%) o la misma cantidad (n= 80; 33,8%). Tan solo el 3% (n= 7) utilizan más que durante los peores meses.



2.11. Pacientes que acuden de emergencia (por motivos implantológicos o implanto-protésicos) en los primeros 9 meses de pandemia:

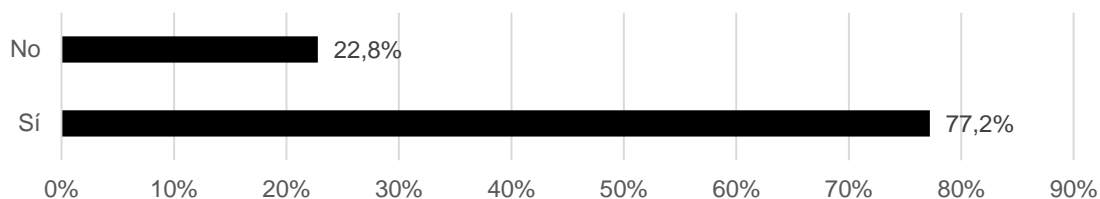
Un poco más de la mitad de los encuestados atendió tratamientos de emergencia durante el periodo inicial de la pandemia (n= 138; 58,2%), mientras que el 41,8% no (n= 99).



2.12. Realización de cirugías implantológicas:

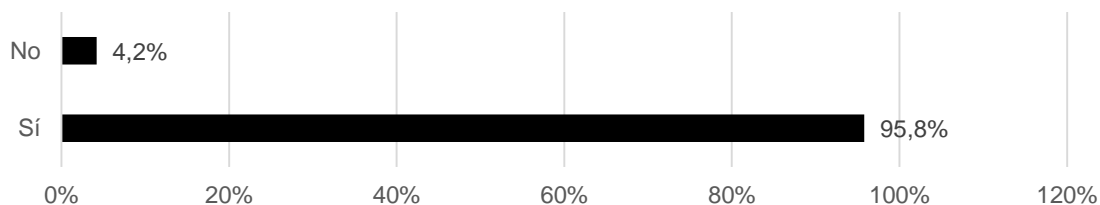
2.12.1. Durante los primeros 9 meses de pandemia:

Llama la atención que la mayoría de encuestados realizó cirugías implantológicas durante este periodo (n= 183; 77,2%).



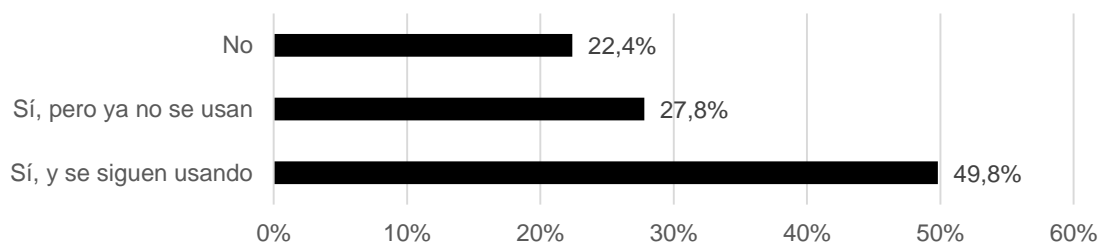
2.12.2. Durante los siguientes 9 meses de pandemia:

Se puede decir que, tras los primeros 9 meses de pandemia la actividad se reanudó ya que el 95,8% de los encuestados realizaron cirugías implantológicas (n= 227) mientras que el 4,2% no (n= 10).



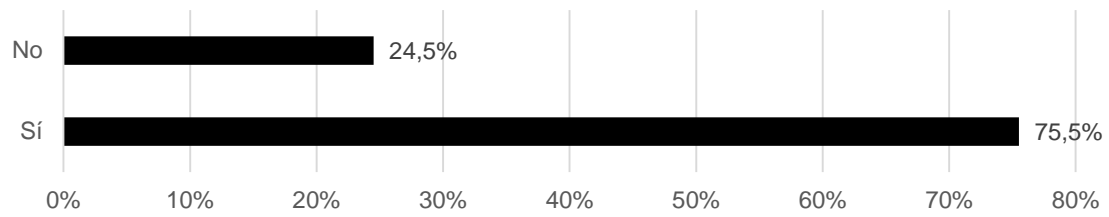
2.13. Medidas adicionales para la disminución de aerosoles:

La mayoría de los encuestados siguieron empleando medidas de prevención de aerosoles tras los primeros 9 meses de la pandemia (49,8%).



2.14. Tratamientos no esenciales implantológicos en los primeros 9 meses de pandemia:

La mayoría de los encuestados realizaron tratamientos no esenciales durante el periodo inicial de la pandemia (75,5%).



3. INFLUENCIA DE LOS DATOS DE LOS SUJETOS EN EL RESTO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Se describe la influencia de las características de los sujetos sobre el resto de las variables del estudio con el fin de determinar qué factores influyen sobre las medidas adoptadas. Únicamente se mencionan aquellos datos que han adquirido una significación estadística.

3.1. Sexo

En relación con la edad, se observó un porcentaje significativamente menor de hombres ≤ 30 años (8,5%; $p < 0.00001$) frente a mujeres de la misma edad (27,8%; $p < 0.00001$), así como en la franja de 31 a 40 años, donde las mujeres (44,4%; $p < 0.00001$) superan ampliamente a los hombres (15,8%; $p < 0.00001$). Esta tendencia cambia completamente en los grupos de edad más avanzada. Concretamente, en el grupo de 51 a 60 hay un mayor porcentaje de hombres (24,4%; $p < 0.00001$) que de mujeres (8,3%; $p < 0.00001$), siendo esta diferencia aún más acentuada en > 60 años (hombres= 30,9%; $p < 0.00001$; mujeres= 6,9%; $p < 0.00001$).

Respecto a la experiencia (en años) colocando IDs, en el grupo ≤ 5 años predominan las mujeres (56,9%; $p < 0.00001$) respecto a los hombres (12,7%; $p < 0.00001$), observándose la proporción contraria en grupos de mayor edad. En > 20 años se observa una mayor proporción de hombres (35,2%; $p < 0.00001$) que de mujeres (5,6%; $p < 0.00001$). En cuanto al ejercicio clínico, los hombres se dedican significativamente más en exclusiva a tratamientos de IDs (20,6%; $p < 0.01$) que las mujeres (5,6%; $p < 0.01$).

Por otro lado, un significativo mayor número de mujeres colocan ≤ 50 IDs/año (45,8%; $p < 0.00001$) que de hombres (14,5%; $p < 0.00001$), mientras que los hombres colocan en mayor medida > 100 IDs/año (55,8%; $p < 0.00001$) que las mujeres (25,0%; $p < 0.00001$). Por otro lado, llama la atención la preponderancia de profesionales que disponen de un máster, tanto mujeres (65,3%; $p < 0,05$) como hombres (51,5%; $p < 0,05$), frente a aquellos que han realizado un curso de especialización (mujeres= 13,9%; $p < 0,05$; hombres= 29,1%; $p < 0,05$). También se han visto diferencias entre aquellos que se encuentran estudiando un máster, con una mayor proporción de mujeres (11,1%; $p < 0,01$) que de hombres (2,4%; $p < 0,01$) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según el sexo (N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Sign.
		N	%	N	%	
Edad	≤ 30 años	20	27,8 ^{*4}	14	8,5 ^{*4}	<0,00001
	De 31 a 40 años	32	44,4 ^{*5}	26	15,8 ^{*5}	
	De 41 a 50 años	9	12,5	34	20,6	
	De 51 a 60 años	6	8,3 ^{*2}	40	24,2 ^{*2}	
	> 60 años	5	6,9 ^{*4}	51	30,9 ^{*4}	
Experiencia colocando IDs (años)	< 5 años	41	56,9 ^{*5}	21	12,7 ^{*5}	<0,00001
	De 6 a 15 años	19	26,4	49	29,7	

Variable	Categoría	Mujer		Hombre		Sign.
		N	%	N	%	
	De 16 a 20 años	8	11,1 ^{*1}	37	22,4 ^{*1}	
	> 20 años	4	5,6 ^{*5}	58	35,2 ^{*5}	
Exclusividad en la práctica clínica	Sí	4	5,6 ^{*2}	34	20,6 ^{*2}	<0,01
	No	68	94,4 ^{*2}	131	79,4 ^{*2}	
Nº medio de IDs insertados al año	< 50 IDs	33	45,8 ^{*5}	24	14,5 ^{*5}	<0,00001
	51 – 100 IDs	21	29,2	49	29,7	
	> 100 IDs	18	25,0 ^{*5}	92	55,8 ^{*5}	
Nivel de formación en Implantología	Máster	47	65,3 ^{*1}	85	51,5 ^{*1}	<0,01
	Estudiante de Máster	8	11,1 ^{*2}	4	2,4 ^{*2}	
	Curso de especialización	10	13,9 ^{*1}	48	29,1 ^{*1}	
	Cursos de formación continuada	4	5,6	23	13,9	
	Ninguna de las anteriores	3	4,2	5	3,0	
Práctica principal diaria	Práctica privada (sólo).	54	75,0	133	80,6	cuasi
	Hospitalaria	10	13,9	21	12,7	
	Profesor de universidad	2	2,8	8	4,8	
	Estudiante en máster	6	8,3	3	1,8	
Ámbito laboral	Rural	12	16,7	23	13,9	
	Urbano	60	83,3	142	86,1	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	14	19,4	39	23,6	
	Yo mismo/a	1	1,4	6	3,6	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	16	22,2	45	27,3	
	Nadie cercano y/o conocido	41	56,9	75	45,5	

Respecto a la práctica laboral durante la pandemia, los hombres (82,4%; $p < 0,01$) realizaron más cirugías implantológicas los primeros 9 meses respecto a las mujeres (65,3%; $p < 0,01$). En los siguientes 9 meses, ambos sexos incrementaron su labor clínica, aunque en mayor medida los hombres (98,8%; $p < 0,001$) que las mujeres (88,9%; $p < 0,001$). Asimismo, una mayor proporción de hombres aplicaron medidas adicionales de prevención de contagio a

través de aerosoles al comenzar la pandemia (55,2%; $p < 0,05$) que las mujeres (37,5%; $p < 0,05$) (Tabla 2).

Tabla 2. Variables específicas objeto de estudio, según el sexo (N., frecuencia; %, porcentaje; n.º., número; h., horas; EPIs., equipos de protección individual; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Mujer		Hombre		Sign.
		N	%	N	%	
Afectación del personal de su centro	Reducción del nº de horas	15	20,8	33	20,0	
	Despido de personal	8	11,1	11	6,7	
	No ha habido reducción	49	68,1	121	73,3	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses	Menos pacientes	23	31,9	44	26,7	
	Mismo número	25	34,7	46	27,9	
	Más pacientes	24	33,3	75	45,5	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 meses	Ahora usa menos	49	68,1	101	61,2	
	Usa los mismos	20	27,8	60	36,4	
	Ahora usa más	3	4,2	4	2,4	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses	Sí	37	51,4	101	61,2	
	No	35	48,6	64	38,8	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses	Sí	47	65,3 ^{*2}	136	82,4 ^{*2}	<0,01
	No	25	34,7 ^{*2}	29	17,6 ^{*2}	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	64	88,9 ^{*3}	163	98,8 ^{*3}	<0,001
	No	8	11,1 ^{*3}	2	1,2 ^{*3}	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	27	37,5 ^{*1}	91	55,2 ^{*1}	<0,05
	Sí, pero ya no se usan	22	30,6	44	26,7	
	No	23	31,9 ^{*1}	30	18,2 ^{*1}	
Tratamientos no esenciales implantológicos los primeros 9 meses	Sí	49	68,1	130	78,8	cuasi
	No	23	31,9	35	21,2	

3.2. Edad

La primera gran diferencia respecto a la edad se aprecia en relación con la experiencia colocando IDs, de modo que, a mayor edad, menos años de experiencia. En este sentido, la mayoría de los profesionales con ≤ 5 años de experiencia tenían ≤ 30 años (91,2%; $p < 0,00001$) mientras que, la mayoría de los dentistas con > 20 años de experiencia tenían > 60 años (73,2%;

$p < 0,00001$). Otro modo de medir la experiencia fue mediante el número medio de IDs insertados al año, de forma que, la mayoría de ≤ 30 años coloca ≤ 50 IDs/año (64,7%; $p < 0,00001$). El grupo de 41 a 50 años y el de 51 a 60 años son los que más IDs colocan, es decir, > 100 IDs/año (60,5%, $p < 0,05$; y 60,9%, $p < 0,05$, respectivamente). La mayoría de > 60 años colocan una media de 51–100 IDs/año (41,1%; $p < 0,00001$).

La edad también influyó en el nivel formativo, de modo que una edad de 31 a 40 años (74,1%) se asoció de forma significativa ($p < 0,001$) con haber cursado un máster, mientras que los > 60 años fueron los que menos disponían de esta titulación (33,9%; $p < 0,001$). Los ≤ 30 años con más frecuencia se encontraban cursándolo (23,5%; $p < 0,00001$), mientras que apenas se formaron mediante cursos de especialización (8,8%; $p < 0,05$). Los > 60 años, en cambio, prefirieron esta modalidad formativa (35,7%; $p < 0,05$), seguido de los cursos de formación continuada (21,4%; $p < 0,01$).

Respecto a la práctica laboral, un número significativamente elevado de profesionales de 51 a 60 años se dedican al sector privado (91,3%; $p < 0,05$), mientras que su representación en la práctica hospitalaria es significativamente reducida (4,3%; $p < 0,05$). En ≤ 30 años sucedió la situación inversa (50,0%; $p < 0,00001$, y 26,5%; $p < 0,05$), respectivamente.

Finalmente, también se observaron diferencias en cuanto a la afectación por COVID-19, destacando el grupo de 31 a 40 años, donde 9 de ellos lo sufrieron (15,5%; $p < 0,05$) frente a los 22 del grupo $>$ de 60 años (39,3%; $p < 0,01$). También se observaron diferencias en el grupo $>$ de 60 años, donde 17 de ellos no lo sufrieron (30,4%; $p < 0,01$), frente al grupo de 31 a 40 años quienes 35 de ellos no conocieron a nadie cercano que lo padeciera (60,3%; $p < 0,05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según la edad (N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/ %					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
Experiencia colocando IDs (años)	≤ 5 años	31/ 91,2*5	27/ 46,6*4	3/ 7,0*2	1/ 2,2*4	0/ 0,0*5	$< 0,00001$
	6 a 15 años	3/ 8,8*2	31/ 53,4*5	24/ 55,8*5	8/ 17,4	2/ 3,6*5	
	16 a 20 años	0/ 0,0*2	0/ 0,0*5	11/ 25,6	21/ 45,7*5	13/ 23,2	
	> 20 años	0/ 0,0*3	0/ 0,0*5	5/ 11,6*1	16/ 34,8	4/ 73,2*5	

Exclusividad en la práctica clínica	Sí	5/ 14,7	13/ 22,4	8/ 18,6	9/ 19,6	3/ 5,4	
	No	29/ 85,3	45/ 77,6	35/ 81,4	37/ 80,4	53/ 94,6	
Nº medio de IDs insertados al año	≤ 50 IDs	22/ 64,7 ^{*5}	18/ 31,0	5/ 11,6 ^{*1}	7/ 15,2	5/ 8,9 ^{*2}	<0,00001
	51 a 100 IDs	5/ 14,7 ^{*1}	19/ 32,8	12/ 27,9	11/ 23,9	23/ 41,1 ^{*1}	
	> 100 IDs	7/ 20,6 ^{*3}	21/ 36,2	26/ 60,5 ^{*1}	28/ 60,9 ^{*1}	28/ 50,0	
Nivel de formación en implantología	Máster	21/ 61,8	43/ 74,1 ^{*3}	24/ 55,8	25/ 54,3	19/ 33,9 ^{*3}	<0,00001
	Estudiante de Máster	8/ 23,5 ^{*5}	2/ 3,4	1/ 2,3	0/ 0,0	1/ 1,8	
	Curso de especialización	3/ 8,8 ^{*1}	9/ 15,5	13/ 30,2	13/ 28,3	20/ 35,7 ^{*1}	
	Cursos de formación continuada	1/ 2,9	2/ 3,4 ^{*1}	4/ 9,3	8/ 17,4	12/ 21,4 ^{*2}	
	Ninguna de las anteriores	1/ 2,9	2/ 3,4	1/ 2,3	0/ 0,0	4/ 7,1	
Ámbito laboral	Práctica privada (solo)	17/ 50,0 ^{*5}	46/ 79,3	33/ 76,7	42/ 91,3 ^{*1}	49/ 87,5	<0,00001
	Hospitalaria/ Clínica	9/ 26,5 ^{*1}	11/ 19,0	6/ 14,0	2/ 4,3 ^{*1}	3/ 5,4 ^{*1}	
	Profesor de universidad	1/ 2,9	0/ 0,0	3/ 7,0	2/ 4,3	4/ 7,1	
	Estudiante en máster	7/ 20,6 ^{*5}	1/ 1,7	1/ 2,3	0/ 0,0	0/ 0,0	
Lugar de trabajo	Rural	4/ 11,8	11/ 19,0	6/ 14,0	11/ 23,9	3/ 5,4	cuasi
	Urbano	30/ 88,2	47/ 81,0	37/ 86,0	35/ 76,1	53/ 94,6	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	6/ 17,6	8/ 13,8	7/ 16,3	13/ 28,3	19/ 33,9	
	Yo mismo/a	1/ 2,9	1/ 1,7	1/ 2,3	1/ 2,2	3/ 5,4	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	6/ 17,6	14/ 24,1	13/ 30,2	11/ 23,9	17/ 30,4	
	Nadie cercano y/o conocido	21/ 61,8	35/ 60,3	22/ 51,2	21/ 45,7	17/ 30,4	

También se hallaron diferencias en la influencia de la edad sobre las medidas preventivas implantadas. En concreto, en el grupo de 41 a 50 años, 5 profesionales (11,6%;

$p < 0,01$) llevaron a cabo las mismas medidas que antes de la pandemia, frente a 38 (88,4%; $p < 0,01$) que no. El motivo principal de preocupación fue un posible contagio a familiares en aquellos de 41 a 50 años ($n = 17$; 73,9%; $p < 0,05$), en comparación a aquellos de 51 a 60 años ($n = 8$; 26,7%; $p < 0,05$). Por otro lado, el 82,4% de profesionales ≤ 30 años redujeron su preocupación por contraer COVID-19 ($n = 28$; $p < 0,01$) frente al 44,6% ($n = 25$; $p < 0,01$) de los > 60 años. El 14,5% de profesionales ≤ 30 años estabilizaron su preocupación por la enfermedad ($n = 5$; $p < 0,01$) frente al 48,2% ($n = 27$; $p < 0,01$) $>$ de 60 años, quienes son el grupo más numeroso, así como en los que más se incrementó dicha preocupación ($n = 4$; 7,1%; $p < 0,01$).

Conforme a la idoneidad de las medidas preventivas implementadas en el centro de trabajo, un significativo mayor número de ≤ 30 años refirieron que fueron adecuadas ($n = 26$; 76,5%; $p < 0,01$), frente a quienes dudan en su respuesta ($n = 8$; 23,5%; $p < 0,001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Variables específicas objeto de estudio, según la edad (Tx., tratamientos; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/ %					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	13/ 38,2	18/ 31,0	18/ 41,9	17/ 37,0	16/ 28,6	
	Solo Tx de emergencia	20/ 58,8	40/ 69,0	24/ 55,8	26/ 56,5	34/ 60,7	
	Sin cambios	1/ 2,9	0/ 0,0	1/ 2,3	3/ 6,5	6/ 10,7	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	24/ 70,6	42/ 72,4	29/ 67,4	28/ 60,9	29/ 51,8	
	Parcialmente recuperada	10/ 29,4	15/ 25,9	13/ 30,2	18/ 39,1	26/ 46,4	
	Aún suspendida	0/ 0,0	1/ 1,7	1/ 2,3	0/ 0,0	0/ 0,0	
	Jubilado durante la pandemia	0/ 0,0	0/ 0,0	0/ 0,0	0/ 0,0	1/ 1,8	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales							
Verbalmente	Sí	10/ 29,4	23/ 39,7	17/ 39,5	23/ 50,0	22/ 39,3	
	No	24/ 70,6	35/ 60,3	26/ 60,5	23/ 50,0	34/ 60,7	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	14/ 41,2	25/ 43,1	19/ 44,2	20/ 43,5	16/ 28,6	
	No	20/ 58,8	33/ 56,9	24/ 55,8	26/ 56,5	40/ 71,4	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	3/ 8,8	7/ 12,1	3/ 7,0	5/ 10,9	8/ 14,3	
	No	31/ 91,2	51/ 87,9	40/ 93,0	41/ 89,1	48/ 85,7	

Variable	Categorías	N/%					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
No se da información	Sí	11/ 32,4	14/ 24,1	14/ 32,6	9/ 19,6	20/ 35,7	
	No	23/ 67,6	44/ 75,9	29/ 67,4	37/ 80,4	36/ 64,3	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita							
Toma de temperatura corporal	Sí	28/ 82,4	43/ 74,1	28/ 65,1	34/ 73,9	36/ 64,3	
	No	6/ 17,6	15/ 25,9	15/ 34,9	12/ 26,1	20/ 35,7	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	18/ 52,9	26/ 44,8	23/ 53,5	25/ 54,3	29/ 51,8	
	No	16/ 47,1	32/ 55,2	20/ 46,5	21/ 45,7	27/ 48,2	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	0/ 0,0	1/ 1,7	0/ 0,0	2/ 4,3	1/ 1,8	
	No	34/ 100	57/ 98,3	43/ 100	44/ 95,7	55/ 98,2	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	0/ 0,0	1/ 1,7	1/ 2,3	2/ 4,3	3/ 5,4	
	No	34/ 100	57/ 98,3	42/ 97,7	44/ 95,7	53/ 94,6	
Otras medidas	Sí	10/ 29,4	20/ 34,5	17/ 39,5	14/ 30,4	27/ 48,2	
	No	24/ 70,6	38/ 65,5	26/ 60,5	32/ 69,6	29/ 51,8	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	0/ 0,0	4/ 6,9	5/ 11,6 ^{*2}	0/ 0,0	0/ 0,0	<0,01
	No	34/ 100	54/ 93,1	38/ 88,4 ^{*2}	46/ 100	56/ 100	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	28/ 82,4	44/ 75,9	34/ 79,1	38/ 82,6	48/ 85,7	
	Indiferente	6/ 17,6	14/ 24,1	7/ 16,3	8/ 17,4	8/ 14,3	
	No son necesarias	0/ 0,0	0/ 0,0	2/ 4,7	0/ 0,0	0/ 0,0	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	15/ 44,1	24/ 41,4	21/ 48,8	26/ 56,5	34/ 60,7	
	Indiferente	11/ 32,4	23/ 39,7	14/ 32,6	15/ 32,6	12/ 21,4	
	No me preocupa	8/ 23,5	11/ 19,0	8/ 18,6	5/ 10,9	10/ 17,9	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	3/ 17,6	4/ 13,3	4/ 17,4	10/ 33,3	11/ 30,6	<0,05
	La de mi familia	10/ 58,8	18/ 60,0	17/ 73,9 ^{*1}	8/ 26,7 ^{*2}	15/ 41,7	
	Contagiar pacientes o compañeros	3/ 17,6	2/ 6,7	2/ 8,7	5/ 16,7	7/ 19,4	
	Otras razones	1/ 5,9	6/ 20,0	0/ 0,0 ^{*1}	7/ 23,3 ^{*1}	3/ 8,3	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	28/ 82,4 ^{*1}	43/ 74,1	33/ 76,7	30/ 65,2	25/ 44,6 ^{*4}	<0,01
	Sigue igual	5/ 14,7 ^{*1}	14/ 24,1	10/ 23,3	15/ 32,6	27/ 48,2 ^{*3}	
	No, ha aumentado	1/ 2,9	1/ 1,7	0/ 0,0	1/ 2,2	4/ 7,1 ^{*1}	

Variable	Categorías	N/%					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones preventivas adecuadas	Sí	26/ 76,5*2	50/ 86,2	40/ 93,0	45/ 97,8	54/ 96,4	<0,05
	No estoy seguro/a	8/ 23,5*3	7/ 12,1	2/ 4,7	1/ 2,2	2/ 3,6	
	No	0/ 0,0	1/ 1,7	1/ 2,3	0/ 0,0	0/ 0,0	

Otras variables específicas donde se observan diferencias son la variación de pacientes entre los últimos y los primeros 9 de pandemia ($p < 0,01$), siendo el grupo de entre 41 a 50 años ($n = 24$; 55,8%; $p < 0,01$) el que refiere un mayor incremento frente al de > 60 años, quienes mostraron un menor incremento ($n = 10$; 17,9%; $p < 0,01$). Respecto a los pacientes de emergencia, en los primeros 9 meses se encuentran diferencias ($p < 0,01$) en el grupo ≤ 30 años, donde 12 (35,3%; $p < 0,01$) refiere que sí, frente 22 (64,7%; $p < 0,01$) que no. Otro grupo con diferencias es el de 41 a 50 años, destacando los 31 (72,1%; $p < 0,05$) profesionales que sí tuvieron pacientes de urgencias, frente a 12 que no (27,9%; $p < 0,05$).

En cuanto a la realización de cirugías durante los últimos 9 meses, los encuestados ≤ 30 años, 29 (85,3%; $p < 0,05$) sí las realizaron frente a 5 (14,7%; $p < 0,05$) que no. Prácticamente la totalidad de los profesionales pertenecientes al resto de los grupos sí las realizaron. Otra variable con diferencias significativas es el empleo de medidas adicionales para la prevención de aerosoles desde que comenzó la pandemia, destacando el grupo > 60 años como el más numeroso ya que 40 (71,4%; $p < 0,001$) las han usado y siguen usándolas, frente a 5 (8,9%; $p < 0,001$) que ya no (Tabla 5).

Tabla 5. Variables específicas objeto de estudio, según la edad (EPIs., equipos de protección individual; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/%					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	5/ 14,7	15/ 25,9	9/ 20,9	10/ 21,7	9/ 16,1	<0,01
	Se ha despedido a personal	7/ 20,6	3/ 5,2	4/ 9,3	1/ 2,2	4/ 7,1	
	No ha habido reducción	22/ 64,7	40/ 69,0	30/ 69,8	35/ 76,1	43/ 76,8	
	Menos pacientes	7/ 20,6	12/ 20,7	9/ 20,9	12/ 26,1	27/ 48,2*3	<0,01

Variable	Categorías	N/%					Sign.
		≤ 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	> 60 años	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Aproximadamente los mismos	15/ 44,1	22/ 37,9	10/ 23,3	14/ 30,4	10/ 17,9* ¹	
	Más pacientes	12/ 35,3	24/ 41,4	24/ 55,8* ¹	20/ 43,5	19/ 33,9	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	21/ 61,8	42/ 72,4	27/ 62,8	29/ 63,0	31/ 55,4	
	Usa los mismos	11/ 32,4	15/ 25,9	15/ 34,9	16/ 34,8	23/ 41,1	
	Ahora usa más	2/ 5,9	1/ 1,7	1/ 2,3	1/ 2,2	2/ 3,6	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	12/ 35,3* ²	32/ 55,2	31/ 72,1* ¹	30/ 65,2	33/ 58,9	<0,05
	No	22/ 64,7* ²	26/ 44,8	12/ 27,9* ¹	16/ 34,8	23/ 41,1	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	19/ 55,9* ²	46/ 79,3	33/ 76,7	38/ 82,6	47/ 83,9	<0,05
	No	15/ 44,1* ²	12/ 20,7	10/ 23,3	8/ 17,4	9/ 16,1	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	29/ 85,3* ³	56/ 96,6	42/ 97,7	45/ 97,8	55/ 98,2	<0,05
	No	5/ 14,7* ³	2/ 3,4	1/ 2,3	1/ 2,2	1/ 1,8	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí, y se siguen usando	10/ 29,4* ²	21/ 36,2* ¹	24/ 55,8	23/ 50,0	40/ 71,4* ³	<0,01
	Sí, pero ya no se usan	14/ 41,2	20/ 34,5	12/ 27,9	15/ 32,6	5/ 8,9* ³	
	No	10/ 29,4	17/ 29,3	7/ 16,3	8/ 17,4	11/ 19,6	
Tratamientos no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	20/ 58,8	47/ 81,0	31/ 72,1	37/ 80,4	44/ 78,6	
	No	14/ 41,2	11/ 19,0	12/ 27,9	9/ 19,6	12/ 21,4	

3.3. Experiencia en tratamientos de IDs

Se analiza la influencia de la experiencia colocando IDs en las variables de carácter general. A este respecto, encuestados con una experiencia ≤ 5 años representan la mayoría (66,1%; $p < 0,00001$) de aquellos que colocan ≤ 50 IDs/año, siendo a la vez, el grupo menos

representado dentro de los que colocan > 100 IDs/año (12,9%; $p < 0,00001$). Por otro lado, el grupo con > 20 años de experiencia son los profesionales que más colocan > 100 IDs/año (66,1%; $p < 0,00001$) y los que, a su vez, menos de < 50 IDs/año colocan (8,1%; $p < 0,001$).

En cuanto al nivel de formación en Implantología, destaca que aquellos con > 20 años de experiencia son los que menos disponen de un máster (4,9%; $p < 0,05$), y los que más se han formado con cursos de formación continuada (21,0%; $p < 0,01$). El grupo con ≤ 5 años de experiencia son los que en mayor proporción están cursando un máster (17,7%; $p < 0,00001$) y los que menos cursos de especialización poseen (11,3%; $p < 0,01$). Respecto a la práctica diaria, el grupo de profesionales con ≤ 5 años de experiencia son los que menos trabajan de forma exclusiva en el ámbito privado (58,1%; $p < 0,00001$), los que más se realizan una actividad privada y hospitalaria simultánea (24,2%; $p < 0,01$), y los únicos que están cursando un máster (14,5%; $p < 0,00001$) (Tabla 6).

Tabla 6. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según la experiencia colocando IDs (N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/%				Sign.
		≤ 5 años	6 a 15 años	16 a 20 años	> 20 años	
Práctica en exclusiva en Implantología	Sí	14,5	22,1	15,6	11,3	
	No	85,5	77,9	84,4	88,7	
Nº medio de IDs insertados al año	≤ 50 IDs	66,1*5	8,8*3	11,1*1	8,1*3	<0,00001
	51 a 100 IDs	21,0	36,8	35,6	25,8	
	> 100 IDs	12,9*5	54,4	53,3	66,1*3	
Nivel de formación en Implantología	Máster	61,3	64,7	53,3	41,9*1	<0,00001
	Estudiante de Máster	17,7*5	0,0*1	0,0	1,6	
	Curso de especialización	11,3*2	26,5	33,3	29,0	
	Cursos de formación continuada	4,8	7,4	13,3	21,0*2	
	Ninguna de las anteriores	4,8	1,5	0,0	6,5	
Práctica principal diaria	Práctica privada (sólo).	58,1*5	86,8	84,4	87,1	<0,00001
	Hospitalaria/ Clínica	24,2*2	11,8	8,9	6,5	
	Profesor de universidad	3,2	1,5	6,7	6,5	
	Estudiante en máster	14,5*5	0,0	0,0	0,0	
Hábitat de trabajo	Rural	17,7	17,6	15,6	8,1	

	Urbano	82,3	82,4	84,4	91,9	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	17,7	13,2 ^{*1}	24,4	35,5 ^{*2}	<0,05
	Yo mismo/a	3,2	1,5	4,4	3,2	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	22,6	20,6	31,1	30,6	
	Nadie cercano y/o conocido	56,5	64,7 ^{*2}	40,0	30,6 ^{*3}	

Las variables específicas demostraron diferencias respecto a la información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas. Concretamente, el grupo de 16 a 20 años presenta la mayor proporción de profesionales (97,8%; $p < 0,05$) que no informó a sus pacientes a través de redes sociales, mientras que aquellos de > 20 años fueron los que más usaron este medio (22,6%; $p < 0,001$).

Respecto a las medidas de prevención implementadas antes de una cita, destaca la toma de temperatura corporal, donde el grupo que más la usó fue el de 6 a 15 años de experiencia (82,4%; $p < 0,05$), mientras que el grupo que menos la usó fue el de > 20 años (61,3%; $p < 0,05$). La cumplimentación de un cuestionario con el riesgo de exposición reciente fue utilizado en mayor medida por los profesionales con > 20 años de experiencia (66,1%; $p < 0,05$), y el que menos, el de 16 a 20 años de experiencia (64,4%; $p < 0,05$) (Tabla 7).

Tabla 7. Variables específicas objeto de estudio, según la experiencia colocando IDs (PCR., reacción en cadena de la polimerasa; Tx., tratamientos; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/%				Sign.
		≤ 5 años	6 a 15 años	16 a 20 años	> 20 años	
Respuesta inicial ante la pandemia de COVID-19	Cierre total	38,7	36,8	40,0	24,2	cuasi
	Solo Tx de emergencia	59,7	61,8	48,9	69,4	
	Sin cambios	1,6	1,5	11,1	6,5	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	61,3	73,5	60,0	59,7	
	Parcialmente recuperada	37,1	25,0	40,0	38,7	
	Aún está suspendida	1,6	1,5	0,0	0,0	
	Jubilado durante la pandemia	0,0	0,0	0,0	1,6	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales						

Verbalmente	Sí	35,5	36,8	42,2	46,8	
	No	64,5	63,2	57,8	53,2	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	40,3	42,6	40,0	35,5	
	No	59,7	57,4	60,0	64,5	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	11,3	5,9	2,2 ^{*1}	22,6 ^{*3}	<0,01
	No	88,7	94,1	97,8 ^{*1}	77,4 ^{*3}	
No se da información	Sí	25,8	33,8	26,7	27,4	
	No	74,2	66,2	73,3	72,6	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita						
Toma de temperatura corporal	Sí	75,8	82,4 ^{*1}	62,2	61,3 ^{*1}	<0,05
	No	24,2	17,6 ^{*1}	37,8	38,7 ^{*1}	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	38,7 ^{*1}	58,8	35,6 ^{*1}	66,1 ^{*2}	<0,01
	No	61,3 ^{*1}	41,2	64,4 ^{*1}	33,9 ^{*2}	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	0,0	1,5	2,2	3,2	
	No	100,0	98,5	97,8	96,8	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	1,6	1,5	4,4	4,8	
	No	98,4	98,5	95,6	95,2	
Otras medidas	Sí	32,3	30,9	37,8	48,4	
	No	67,7	69,1	62,2	51,6	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	4,8	2,9	6,7	1,6	
	No	95,2	97,1	93,3	98,4	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	82,3	77,9	82,2	82,3	
	Indiferente	17,7	22,1	13,3	17,7	
	No son necesarias	0,0	0,0	4,4	0,0	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	46,8	48,5	60,0	50,0	
	Indiferente	33,9	33,8	22,2	33,9	
	No me preocupa	19,4	17,6	17,8	16,1	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	16,1	19,5	27,6	31,4	
	La de mi familia	67,7	56,1	34,5	40,0	
	Contagiar pacientes o compañeros	9,7	9,8	20,7	17,1	
	Otras razones	6,5	14,6	17,2	11,4	

Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	79,0 ^{*1}	72,1	64,4	51,6 ^{*2}	<0,05
	Sigue igual	17,7 ^{*1}	27,9	28,9	45,2 ^{*2}	
	No, ha aumentado	3,2	0,0	6,7	3,2	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	74,2 ^{*5}	97,1 ^{*1}	97,8	95,2	<0,0001
	No estoy seguro/a	24,2 ^{*5}	1,5 ^{*1}	2,2	4,8	
	No	1,6	1,5	0,0	0,0	

El grupo con ≤ 5 años de experiencia fue el que menos pacientes de emergencia atendió en los primeros 9 meses de pandemia (61,3%; $p < 0,001$) y el que menos cirugías realizaron en el mismo periodo (41,9%; $p < 0,0001$), mientras que el grupo con ≥ 20 años de experiencia fue el que más realizó (87,1%; $p < 0,05$). Igualmente, durante los últimos 9 meses, los profesionales con ≤ 5 años de experiencia fueron quienes menos cirugías realizaron (88,7%; $p < 0,01$).

El grupo con ≥ 20 años de experiencia es el grupo en el que más profesionales emplearon (y lo siguen haciendo) medidas adicionales frente a la generación de aerosoles (75,8%; $p < 0,00001$), en comparación al grupo con ≤ 5 años (25,8%; $p < 0,00001$), quienes, a pesar de haberlas empleado en su momento, actualmente son los que en mayor medida han dejado de emplearlas (40,3%; $p < 0,01$) frente a los de ≥ 20 años (8,1%; $p < 0,0001$) (Tabla 8)

Tabla 8. Variables específicas objeto de estudio, según la experiencia colocando implantes (EPIs., equipos de protección individual; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	N/%				Sign.
		≤ 5 años	6 a 15 años	16 a 20 años	≥ 20 años	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	22,6	25,0	20,0	12,9	
	Se ha despedido a personal	14,5	5,9	4,4	6,5	
	No ha habido reducción	62,9	69,1	75,6	80,6	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	25,8	17,6	28,9	41,9	cuasi
	Aproximadamente los mismos	35,5	27,9	28,9	27,4	
	Más pacientes	38,7	54,4	42,2	30,6	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	67,7	67,6	55,6	59,7	
	Usa los mismos	27,4	30,9	44,4	35,5	
	Ahora usa más	4,8	1,5	0,0	4,8	

Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	38,7 ^{*3}	67,6	60,0	66,1	<0,01
	No	61,3 ^{*3}	32,4	40,0	33,9	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	58,1 ^{*4}	83,8	80,0	87,1 ^{*1}	<0,001
	No	41,9 ^{*4}	16,2	20,0	12,9 ^{*1}	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	88,7 ^{*2}	98,5	97,8	98,4	<0,05
	No	11,3 ^{*2}	1,5	2,2	1,6	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	25,8 ^{*5}	45,6	53,3	75,8 ^{*5}	<0,00001
	Sí pero ya no se usan	40,3 ^{*2}	35,3	26,7	8,1 ^{*4}	
	No	33,9 ^{*1}	19,1	20,0	16,1	
Tratamientos no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	64,5	83,8	77,8	75,8	cuasi
	No	35,5	16,2	22,2	24,2	

3.4. Práctica en exclusividad en tratamientos de IDs

La mayor parte de los profesionales con una práctica en exclusiva en tratamientos de IDs colocan > 100 IDs/año (n= 31; 81,6%; $p<0,00001$) mientras que, quienes combinan su práctica clínica realizando varias especialidades muestran una distribución más homogénea colocando el 39,7% \geq 100 IDs/año (n= 79; $p<0,00001$) y el 34,2% entre 51 a 100 IDs/año (n= 68; $p<0,001$) (Tabla 8).

Tabla 8. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según el ejercicio clínico en exclusiva colocando IDs (N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p<0,05$; *2: $p<0,01$; *3: $p<0,001$; *4: $p<0,0001$; *5: $p<0,00001$).

Variable	Categorías	Sí		No		Sign.
		N	%	N	%	
Nº medio de IDs insertados al año	≤ 50 IDs	5	13,2	52	26,1	<0,0001
	51 a 100 IDs	2	5,3 ^{*3}	68	34,2 ^{*3}	
	> de 100 IDs	31	81,6 ^{*5}	79	39,7 ^{*5}	
Nivel de formación en implantología	Máster	26	68,4	106	53,3	
	Estudiante de Máster	2	5,3	10	5,0	
	Curso de especialización	6	15,8	52	26,1	
	Cursos de formación continuada	2	5,3	25	12,6	

	Ninguna de las anteriores	2	5,3	6	3,0		
Práctica principal	diaria	Práctica privada (sólo).	30	78,9	157	78,9	cuasi
		Hospitalaria/ Clínica	2	5,3	29	14,6	
		Profesor de universidad	4	10,5	6	3,0	
		Estudiante en máster	2	5,3	7	3,5	
Lugar de trabajo	Rural	5	13,2	30	15,1		
	Urbano	33	86,8	169	84,9		
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	8	21,1	45	22,6		
	Yo mismo/a	1	2,6	6	3,0		
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	10	26,3	51	25,6		
	Nadie cercano y/o conocido	19	50,0	97	48,7		

Tras analizar el resto de las variables tanto de carácter general como específicas, no se han encontrado diferencias significativas en relación con la exclusividad de la práctica implantológica (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Variables específicas objeto de estudio (1 de 2) según el ejercicio clínico en exclusiva colocando IDs (Tx., tratamientos; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Sí		No		Sign.
		N	%	N	%	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	14	36,8	68	34,2	
	Solo Tx de emergencia	21	55,3	123	61,8	
	Sin cambios	3	7,9	8	4,0	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	28	73,7	124	62,3	
	Parcialmente recuperada	9	23,7	73	36,7	
	Aún está suspendida	1	2,6	1	0,5	
	Jubilado durante la pandemia	0	0,0	1	0,5	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales						
Verbalmente	Sí	14	36,8	81	40,7	
	No	24	63,2	118	59,3	
	Sí	19	50,0	75	37,7	

Incluido en el consentimiento informado	No	19	50,0	124	62,3	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	5	13,2	21	10,6	
	No	33	86,8	178	89,4	
No se da información	Sí	7	18,4	61	30,7	
	No	31	81,6	138	69,3	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita						
Toma de temperatura corporal	Sí	29	76,3	140	70,4	
	No	9	23,7	59	29,6	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	21	55,3	100	50,3	
	No	17	44,7	99	49,7	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	2	5,3	2	1,0	
	No	36	94,7	197	99,0	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	2	5,3	5	2,5	
	No	36	94,7	194	97,5	
Otras medidas	Sí	15	39,5	73	36,7	
	No	23	60,5	126	63,3	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	2	5,3	7	3,5	
	No	36	94,7	192	96,5	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	30	78,9	162	81,4	
	Indiferente	8	21,1	35	17,6	
	No son necesarias	0	0,0	2	1,0	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	15	39,5	105	52,8	
	Indiferente	17	44,7	58	29,1	
	No me preocupa	6	15,8	36	18,1	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	7	41,2	25	21,0	
	La de mi familia	7	41,2	61	51,3	
	Contagiar pacientes/ compañeros	1	5,9	18	15,1	
	Otras razones	2	11,8	15	12,6	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	27	71,1	132	66,3	
	Sigue igual	11	28,9	60	30,2	
	No, ha aumentado	0	0,0	7	3,5	

Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	35	92,1	180	90,5	
	No estoy seguro/a	2	5,3	18	9,0	
	No	1	2,6	1	0,5	

Tabla 10. Variables específicas objeto de estudio (2 de 2), según el ejercicio clínico sólo colocando IDs (EPIs., equipos de protección individual; N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$, *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Sí		No		Sign.
		N	%	N	%	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	8	21,1	40	20,1	
	Se ha despedido a personal	3	7,9	16	8,0	
	No ha habido reducción	27	71,1	143	71,9	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	8	21,1	59	29,6	
	Aproximadamente los mismos	14	36,8	57	28,6	
	Más pacientes	16	42,1	83	41,7	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	20	52,6	130	65,3	
	Usa los mismos	17	44,7	63	31,7	
	Ahora usa más	1	2,6	6	3,0	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	18	47,4	120	60,3	
	No	20	52,6	79	39,7	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	30	78,9	153	76,9	
	No	8	21,1	46	23,1	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	37	97,4	190	95,5	
	No	1	2,6	9	4,5	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	24	63,2	94	47,2	
	Sí pero ya no se usan	9	23,7	57	28,6	
	No	5	13,2	48	24,1	
Tratamientos no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	28	73,7	151	75,9	
	No	10	26,3	48	24,1	

3.5. Número medio de IDs colocados al año

La primera diferencia observada es en cuanto al nivel de formación, los estudiantes de máster son los que menos IDs colocan al año ya que, la mayoría de ellos coloca ≤ 50 ID/año (19,3%; $p < 0,00001$), mientras que una minoría colocan > 100 IDs (0,9%; $p < 0,01$). También se han visto diferencias en cuanto a la práctica diaria principal, observando que quienes llevan a cabo una práctica privada son los que en mayor medida colocan > 100 IDs/año (87,3%; $p < 0,01$), mientras que los que colocan ≤ 50 IDs/año son los que menos trabajan en el ámbito privado (64,9%; $p < 0,01$). Por otro lado, los estudiantes de máster colocan ≤ 50 IDs/año (15,8%; $p < 0,00001$) (Tabla 11).

Tabla 11. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según el número medio de implantes insertados al año (%., porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%			Sign.
		≤ 50 IDs	51 a 100 IDs	> 100 IDs	
Nivel de formación en Implantología Oral	Máster	45,6	55,7	60,9	<0,0001
	Estudiante de Máster	19,3^{*5}	0,0^{*1}	0,9^{*2}	
	Curso de especialización	19,3	31,4	22,7	
	Cursos de formación continuada	8,8	12,9	11,8	
	Ninguna de las anteriores	7,0	0,0	3,6	
Práctica diaria principal	Práctica privada (sólo).	64,9^{*2}	77,1	87,3^{*2}	<0,00001
	Hospitalaria / Clínica	15,8	22,9^{*2}	5,5^{*2}	
	Profesor de universidad	3,5	0,0^{*1}	7,3^{*1}	
	Estudiante en máster	15,8^{*5}	0,0^{*1}	0,0^{*2}	
Hábitat de trabajo	Rural	14,0	18,6	12,7	
	Urbano	86,0	81,4	87,3	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	24,6	15,7	25,5	
	Yo mismo/a	3,5	4,3	1,8	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	22,8	24,3	28,2	
	Nadie cercano y/o conocido	49,1	55,7	44,5	

En cuanto a las variables específicas, se hallaron diferencias en la recuperación laboral, destacando el grupo que coloca ≤ 50 IDs/año, en el que el 52% recuperó totalmente su actividad

($n=30$; $p<0,05$), mientras que solo el 3,5% la mantiene aún suspendida ($n=2$; $p<0,05$). Por otro lado, la mayoría de quienes colocan >100 IDs ($n=80$; 72,7%; $p<0,01$) ha recuperado totalmente su actividad, mientras que el 26,7% parcialmente ($n=29$; $p<0,05$).

Respecto a las medidas de prevención, los profesionales que colocan >100 IDs/año fueron los que más emplearon el cuestionario de riesgo de exposición reciente al COVID-19 (60,9%; $p<0,01$). Por el contrario, quienes colocan ≤ 50 IDs/año son quienes realizaron en mayor medida test PCR los últimos 3–7 días (94,7%; $p<0,05$).

La preocupación por el contagio durante la práctica laboral fue mayor entre quienes colocan 51 a 100 IDs/año (61,4%; $p<0,05$) y menor entre quienes colocan >100 IDs/año (39,1%; $p<0,001$), quienes en mayor medida se declaran indiferentes al contagio (40,9%; $p<0,01$). Además, este último grupo considera en mayor proporción que las medidas llevadas a cabo fueron las adecuadas (95,5%; $p<0,05$) (Tabla 12).

Tabla 12. Variables específicas objeto de estudio (1 de 2), según el número medio de IDs insertados al año (%., porcentaje; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; Tx., tratamiento; *1: $p<0,05$; *2: $p<0,01$; *3: $p<0,001$; *4: $p<0,0001$; *5: $p<0,00001$).

Variable	Categorías	%			Sign.
		≤ 50 IDs	51 a 100 IDs	> 100 IDs	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	45,6	31,4	30,9	
	Solo Tx de emergencia	47,4	65,7	64,5	
	Sin cambios	7,0	2,9	4,5	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	52,6 ^{*1}	60,0	72,7 ^{*2}	<0,05
	Parcialmente recuperada	43,9	40,0	26,4 ^{*1}	
	Aún está suspendida	3,5 ^{*1}	0,0	0,0	
	Jubilado durante la pandemia	0,0	0,0	0,9	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales					
Verbalmente	Sí	43,9	41,4	37,3	
	No	56,1	58,6	62,7	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	38,6	34,3	43,6	
	No	61,4	65,7	56,4	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	7,0	8,6	14,5	
	No	93,0	91,4	85,5	
No se da información	Sí	26,3	34,3	26,4	

	No	73,7	65,7	73,6	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita					
Toma de temperatura corporal	Sí	68,4	67,1	75,5	
	No	31,6	32,9	24,5	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	43,9	41,4	60,9 ^{*2}	<0,05
	No	56,1	58,6	39,1 ^{*2}	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	5,3 ^{*1}	0,0	0,9	<0,05
	No	94,7 ^{*1}	100,0	99,1	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	7,0	1,4	1,8	
	No	93,0	98,6	98,2	
Otras medidas	Sí	45,6	28,6	38,2	
	No	54,4	71,4	61,8	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	1,8	7,1	2,7	
	No	98,2	92,9	97,3	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	82,5	81,4	80,0	
	Indiferente	17,5	17,1	19,1	
	No son necesarias	0,0	1,4	0,9	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	59,6	61,4 ^{*1}	39,1 ^{*3}	<0,05
	Indiferente	21,1 ^{*1}	25,7	40,9 ^{*2}	
	No me preocupa	19,3	12,9	20,0	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	25,7	17,0	27,8	
	La de mi familia	57,1	55,3	40,7	
	Contagiar pacientes o compañeros	8,6	17,0	14,8	
	Otras razones	8,6	10,6	16,7	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	66,7	65,7	68,2	
	Sigue igual	29,8	31,4	29,1	
	No, ha aumentado	3,5	2,9	2,7	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	78,9 ^{*3}	92,9	95,5 ^{*1}	<0,01
	No estoy seguro/a	19,3 ^{*3}	7,1	3,6 ^{*1}	
	No	1,8	0,0	0,9	

Asimismo, respecto a los tratamientos de emergencia durante los primeros 9 meses, los profesionales que menos las atendieron fueron quienes colocan ≤ 50 IDs/año (66,7%; $p < 0,00001$), al contrario que los que insertan > 100 IDs (65,5%; $p < 0,05$). Estos datos se mantienen en las cirugías implantológicas realizadas durante los primeros 9 meses (52,6%; $p < 0,00001$; y 88,2%; $p < 0,001$, respectivamente). Tras los primeros 9 meses, prácticamente la totalidad de los grupos recuperó su actividad, a excepción de quienes colocan ≤ 50 IDs/año (84,2%; $p < 0,00001$), con un porcentaje significativo de ellos que aún seguía sin realizarlas (15,8%; $p < 0,00001$).

Destacan, además, los tratamientos implantológicos no esenciales realizados los primeros 9 meses de pandemia en el grupo que coloca entre 51 y 100 IDs/año (84,3%; $p < 0,05$), a diferencia de quienes colocan ≤ 50 IDs/año, ya que son los que menos los realizaron (42,1%; $p < 0,001$) (Tabla 13).

Tabla 13. Variables específicas objeto de estudio (2 de 2), según el número medio de IDs insertados al año (%., porcentaje; Tx., tratamiento; EPIs., equipos de protección individual; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$, *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%			Sign.
		≤ 50 IDs	51 a 100 IDs	> 100 IDs	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	22,8	22,9	17,3	
	Se ha despedido a personal	12,3	4,3	8,2	
	No ha habido reducción	64,9	72,9	74,5	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	40,4	31,4	20,0	cuasi
	Aproximadamente los mismos	28,1	24,3	34,5	
	Más pacientes	31,6	44,3	45,5	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	57,9	68,6	62,7	
	Usa los mismos	35,1	31,4	34,5	
	Ahora usa más	7,0	0,0	2,7	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	33,3 ^{*5}	67,1	65,5 ^{*1}	<0,0001
	No	66,7 ^{*5}	32,9	34,5 ^{*1}	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	47,4 ^{*5}	84,3	88,2 ^{*3}	<0,00001
	No	52,6 ^{*5}	15,7	11,8 ^{*3}	
	Sí	84,2 ^{*5}	100,0	99,1 ^{*1}	<0,00001

Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	No	15,8 ^{*5}	0,0	0,9 ^{*1}	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	31,6 ^{*2}	42,9	63,6 ^{*4}	<0,001
	Sí pero ya no se usan	29,8	37,1	20,9	
	No	38,6 ^{*3}	20,0	15,5 ^{*1}	
Tx no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	57,9 ^{*3}	84,3 ^{*1}	79,1	<0,01
	No	42,1 ^{*3}	15,7 ^{*1}	20,9	

3.6. Nivel de formación en Implantología Oral

Los profesores universitarios son los que menos formación específica presentaron (25,0%; $p < 0,01$). Otro dato relevante es que los profesionales que refirieron que amigos o compañeros de trabajo sufrieron la enfermedad de forma grave son los que en mayor medida no presentaban una formación específica en Implantología Oral (62,5%; $p < 0,05$) (Tabla 14).

Tabla 14. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según el nivel de formación en Implantología Oral (%., porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%					Sign.
		Máster	Estudiante de Máster	Curso de especialización	Cursos de formación continuada	Ninguna de ellas	
Práctica diaria principal	Práctica privada (sólo).	81,1	16,7 ^{*5}	81,0	92,6	75,0	<0,00001
	Hospitalaria/ Clínica	15,2	8,3	13,8	7,4	0,0	
	Profesor de universidad	3,8	0,0	5,2	0,0	25,0 ^{*2}	
	Estudiante en Máster	0,0 ^{*3}	75,0 ^{*5}	0,0	0,0	0,0	
Hábitat de trabajo	Rural	17,4	16,7	10,3	14,8	0,0	
	Urbano	82,6	83,3	89,7	85,2	100,0	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19	Un familiar cercano	20,5	16,7	27,6	22,2	25,0	<0,01
	Yo mismo/a	1,5	8,3	0,0	14,8 ^{*4}	0,0	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	26,5	16,7	19,0	29,6	62,5 ^{*1}	

de manera grave	Nadie cercano y/o conocido	51,5	58,3	53,4	33,3	12,5 ^{*1}	
-----------------	----------------------------	------	------	------	------	--------------------	--

Respecto a las variables específicas, los entrevistados que antes recuperaron su práctica clínica desde el inicio de la pandemia fueron los que disponían de un título de máster (72,0%; $p < 0,01$), frente a los que únicamente cuentan con cursos de especialización (43,1%; $p < 0,001$). Por otro lado, los profesionales que no disponen de formación específica son los que en mayor proporción aún mantienen su actividad suspendida (25,0%; $p < 0,00001$). Este grupo, además, fue el que más emplearon test PCR en los últimos 3–7 días (25%; $p < 0,0001$), así como test de antígenos (50%; $p < 0,00001$) (Tabla 15).

Tabla 15. Variables específicas objeto de estudio, según el nivel de formación en implantología (%., porcentaje; Tx., tratamiento; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%					Sign.
		Máster	Estudiante de Máster	Curso de especialización	Cursos de formación continua	Ninguna de ellas	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	30,3	50,0	43,1	25,9	50,0	
	Solo Tx de emergencia	65,9	50,0	50,0	66,7	50,0	
	Sin cambios	3,8	0,0	6,9	7,4	0,0	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	72,0 ^{*2}	66,7	43,1 ^{*3}	74,1	50,0	<0,00001
	Parcialmente recuperada	28,0 ^{*1}	33,3	56,9 ^{*4}	25,9	12,5	
	Aún está suspendida	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0 ^{*5}	
	Jubilado durante la pandemia	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5 ^{*5}	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales							
Verbalmente	Sí	41,7	33,3	34,5	40,7	62,5	
	No	58,3	66,7	65,5	59,3	37,5	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	36,4	58,3	46,6	25,9	62,5	
	No	63,6	41,7	53,4	74,1	37,5	

A través de redes sociales y/o página web	Sí	10,6	8,3	12,1	11,1	12,5	
	No	89,4	91,7	87,9	88,9	87,5	
No se da información	Sí	30,3	8,3	27,6	40,7	0,0	
	No	69,7	91,7	72,4	59,3	100,0	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita							
Toma de temperatura corporal	Sí	75,0	83,3	62,1	63,0	87,5	
	No	25,0	16,7	37,9	37,0	12,5	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	54,5	50,0	46,6	40,7	62,5	
	No	45,5	50,0	53,4	59,3	37,5	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	0,8	0,0	1,7	0,0	25,0 ^{*5}	<0,0001
	No	99,2	100,0	98,3	100,0	75,0 ^{*5}	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	1,5	0,0	1,7	0,0	50,0 ^{*5}	<0,00001
	No	98,5	100,0	98,3	100,0	50,0 ^{*5}	
Otras medidas	Sí	36,4	25,0	32,8	55,6	37,5	
	No	63,6	75,0	67,2	44,4	62,5	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	3,8	0,0	5,2	3,7	0,0	
	No	96,2	100,0	94,8	96,3	100,0	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	78,8	100,0	87,9	66,7	87,5	
	Indiferente	20,5	0,0	10,3	33,3	12,5	
	No son necesarias	0,8	0,0	1,7	0,0	0,0	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	43,9	66,7	56,9	51,9	87,5	
	Indiferente	38,6	16,7	24,1	29,6	0,0	
	No me preocupa	17,4	16,7	19,0	18,5	12,5	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	15,7	12,5	31,4	40,0	37,5	
	La de mi familia	47,1	62,5	51,4	46,7	62,5	
	Contagiar pacientes o compañeros	17,1	25,0	11,4	6,7	0,0	
	Otras razones	20,0	0,0	5,7	6,7	0,0	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	72,7	50,0	60,3	66,7	50,0	
	Sigue igual	25,8	41,7	34,5	29,6	50,0	
	No, ha aumentado	1,5	8,3	5,2	3,7	0,0	
	Sí	89,4	83,3	93,1	92,6	100,0	

Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	No estoy seguro/a	9,8	16,7	5,2	7,4	0,0	
	No	0,8	0,0	1,7	0,0	0,0	

Los profesionales sin formación específica fueron los que refirieron una menor cantidad de pacientes entre los últimos y los primeros 9 meses (87,5%; $p < 0,001$), así como una menor cantidad de urgencias en los primeros 9 meses (12,5%; $p < 0,001$), mientras que quienes disponen de un máster son los menos que menos variación refirieron (21,2%; $p < 0,01$). Respecto a las cirugías implantológicas, los profesionales sin formación (37,5%; $p < 0,01$) y los estudiantes de máster (25%; $p < 0,00001$) fueron los que menos las realizaron durante los primeros 9 meses, a diferencia de quienes disponían de un máster (83,3%; $p < 0,05$). Esta tendencia continuó extendiéndose a los últimos 9 meses (50,0 %; $p < 0,00001$; 83,3%; $p < 0,05$; y 98,5%; $p < 0,05$, respectivamente). De igual manera, los encuestados sin formación y los estudiantes de máster fueron quienes realizaron menos tratamientos implantológicos no esenciales durante los primeros 9 meses (25,0%; $p < 0,001$; y 50,0%; $p < 0,05$, respectivamente) (Tabla 16).

Tabla 16. Variables específicas objeto de estudio, según el nivel de formación en implantología (%., porcentaje; Tx., tratamiento; EPIs., equipos de protección individual; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%					Sign.
		Máster	Estudiante de Máster	Curso de especialización	Cursos de formación continuada	Ning. de ellas	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	17,4	25,0	20,7	25,9	37,5	
	Se ha despedido a personal	6,8	25,0	6,9	7,4	12,5	
	No ha habido reducción	75,8	50,0	72,4	66,7	50,0	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	21,2 ^{*2}	33,3	39,7 ^{*1}	18,5	87,5 ^{*3}	<0,0001
	Aproximadamente los mismos	37,9 ^{*2}	50,0	12,1 ^{*3}	29,6	0,0	
	Más pacientes	40,9	16,7	48,3	51,9	12,5	
	Ahora usa menos	62,9	58,3	69,0	63,0	37,5	<0,05

Variación del uso de EPIS entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Usa los mismos	35,6	41,7	25,9	37,0	37,5	
	Ahora usa más	1,5	0,0	5,2	0,0	25,0* ³	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses	Sí	60,6	25,0* ¹	67,2	55,6	12,5* ²	<0,01
	No	39,4	75,0* ¹	32,8	44,4	87,5* ²	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	83,3* ¹	25,0* ⁵	82,8	70,4	37,5* ²	<0,00001
	No	16,7* ¹	75,0* ⁵	17,2	29,6	62,5* ²	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	98,5* ¹	83,3* ¹	98,3	96,3	50,0* ⁵	<0,00001
	No	1,5* ¹	16,7* ¹	1,7	3,7	50,0* ⁵	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	50,8	16,7	50,0	48,1	87,5	cuasi
	Sí pero ya no se usan	25,8	33,3	34,5	29,6	0,0	
	No	23,5	50,0	15,5	22,2	12,5	
Tx no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	78,8	50,0* ¹	79,3	77,8	25,0* ³	<0,01
	No	21,2	50,0* ¹	20,7	22,2	75,0* ³	

3.7. Práctica diaria

Se estudiaron las variables generales respecto a la práctica diaria, no observando diferencias (Tabla 17).

Tabla 17. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según la práctica diaria principal (%., porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%				Sign.
		Sólo Privada	Hosp./ Clínica	Prof. Univer.	Estud. Máster	
Lugar de trabajo	Rural	13,9	19,4	10,0	22,2	
	Urbano	86,1	80,6	90,0	77,8	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	24,6	12,9	20,0	11,1	
	Yo mismo/a	2,7	3,2	0,0	11,1	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	24,6	25,8	60,0	11,1	
	Nadie cercano y/o conocido	48,1	58,1	20,0	66,7	

Respecto a las variables específicas, se observa que la mayoría de quienes desarrollan su práctica laboral en el ámbito exclusivamente privado no incluyeron en el consentimiento informado previo a su tratamiento dental el posible riesgo de infección (64,7%; $p < 0,001$). Además, los profesores universitarios fueron los únicos que realizaron test de antígenos en los últimos 3-7 días previos a una cita (20%; $p < 0,01$), y que el grupo hospitalario fue el que menos medidas complementarias introdujo (83,9%; $p < 0,05$), en contraposición a los dentistas con practica privada que fueron los que en mayor porcentaje las emplearon (40,6%; $p < 0,05$) (Tabla 18).

Tabla 18. Variables específicas objeto de estudio, según la práctica diaria principal (%., porcentaje; Tx., tratamiento; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Porcentajes				Sign.
		Sólo Privada	Hosp./ Clínica	Prof. Univer.	Estud. Máster	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	36,9	19,4	20,0	55,6	
	Solo Tx de emergencia	57,8	80,6	70,0	44,4	
	Sin cambios	5,3	0,0	10,0	0,0	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	67,4	51,6	50,0	55,6	cuasi
	Parcialmente recuperada	31,6	48,4	40,0	44,4	
	Aún está suspendida	0,5	0,0	10,0	0,0	
	Jubilado durante la pandemia	0,5	0,0	0,0	0,0	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales						
Verbalmente	Sí	40,1	32,3	70,0	33,3	
	No	59,9	67,7	30,0	66,7	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	35,3 ^{*2}	67,7 ^{*3}	10,0	66,7	<0,001
	No	64,7 ^{*2}	32,3 ^{*3}	90,0	33,3	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	11,8	6,5	10,0	11,1	
	No	88,2	93,5	90,0	88,9	
No se da información	Sí	31,6	22,6	20,0	0,0	
	No	68,4	77,4	80,0	100,0	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita						
	Sí	70,1	83,9	50,0	77,8	

Toma de temperatura corporal	No	29,9	16,1	50,0	22,2	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	52,4	41,9	50,0	55,6	
	No	47,6	58,1	50,0	44,4	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	1,6	0,0	10,0	0,0	
	No	98,4	100,0	90,0	100,0	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	2,7	0,0	20,0 ^{*3}	0,0	<0,01
	No	97,3	100,0	80,0 ^{*3}	100,0	
Otras medidas	Sí	40,6	16,1	40,0	33,3	cuasi
	No	59,4	83,9	60,0	66,7	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	3,7	3,2	10,0	0,0	
	No	96,3	96,8	90,0	100,0	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	79,1	80,6	100,0	100,0	
	Indiferente	19,8	19,4	0,0	0,0	
	No son necesarias	1,1	0,0	0,0	0,0	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	51,9	41,9	40,0	66,7	
	Indiferente	30,5	45,2	20,0	22,2	
	No me preocupa	17,6	12,9	40,0	11,1	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	25,5	0,0	60,0	16,7	cuasi
	La de mi familia	46,4	80,0	20,0	66,7	
	Contagiar pacientes o compañeros	13,6	20,0	0,0	16,7	
	Otras razones	14,5	0,0	20,0	0,0	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	66,8	80,6	40,0	55,6	
	Sigue igual	31,0	16,1	50,0	33,3	
	No, ha aumentado	2,1	3,2	10,0	11,1	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	92,5	80,6	90,0	88,9	
	No estoy seguro/a	6,4	19,4	10,0	11,1	
	No	1,1	0,0	0,0	0,0	

Los profesores universitarios fueron los que tuvieron una menor cantidad de pacientes comparando los últimos y los primeros 9 meses de pandemia (60,0%; $p < 0,05$), justo a la inversa que los profesionales que desempeñan su actividad en el ámbito hospitalario (64,5%; $p < 0,01$).

Respecto al uso de EPIs, a nivel hospitalario se emplean menos (80,6%; $p < 0,05$) que durante los primeros 9 meses mientras que, a nivel universitario, más (30,0%; $p < 0,00001$).

Respecto a las cirugías implantológica en los primeros 9 meses, los profesionales con practica privada fueron los que más las realizaron (80,2%; $p < 0,05$), a diferencia de los estudiantes de máster (77,8%; $p < 0,0001$). A partir de los 9 meses siguientes, los estudiantes de máster continuaron siendo los que menos cirugías realizaron (80,0%; $p < 0,05$), seguido de los profesores universitarios (22,2%; $p < 0,01$). Asimismo, en la universidad es donde menos tratamientos no esenciales implantológicos se realizaron durante el inicio de pandemia (70,0%; $p < 0,001$), seguidos de los estudiantes de máster (66,7%; $p < 0,01$). En el medio hospitalario es donde más medidas adicionales para la prevención de aerosoles se emplearon al comenzar la pandemia, pero actualmente ya no (58,1%; $p < 0,0001$) (Tabla 19).

Tabla 19. Variables específicas objeto de estudio, según la práctica diaria principal (%., porcentaje; Tx., tratamiento; EPIs., equipos de protección individual; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%				Sign.
		Sólo Privada	Hosp./ Clínica	Prof. Univer.	Estud. Máster	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	17,1	32,3	30,0	33,3	
	Se ha despedido a personal	7,0	9,7	10,0	22,2	
	No ha habido reducción	75,9	58,1	60,0	44,4	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	29,4	6,5 ^{*2}	60,0 ^{*1}	44,4	<0,01
	Aproximadamente los mismos	30,5	29,0	10,0	44,4	
	Más pacientes	40,1	64,5 ^{*2}	30,0	11,1	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	63,6	80,6 ^{*1}	20,0 ^{*2}	44,4	<0,00001
	Usa los mismos	34,2	19,4	50,0	55,6	
	Ahora usa más	2,1	0,0	30,0 ^{*5}	0,0	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	61,0	58,1	40,0	22,2	cuasi
	No	39,0	41,9	60,0	77,8	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	80,2 ^{*1}	77,4	70,0	22,2 ^{*4}	<0,001
	No	19,8 ^{*1}	22,6	30,0	77,8 ^{*4}	
	Sí	96,8	100,0	80,0 ^{*1}	77,8 ^{*2}	<0,01

Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	No	3,2	0,0	20,0 ^{*1}	22,2 ^{*2}	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	51,9	38,7	70,0	22,2	<0,001
	Sí pero ya no se usan	23,0 ^{*2}	58,1 ^{*4}	20,0	33,3	
	No	25,1 ^{*1}	3,2 ^{*2}	10,0	44,4	
Tx no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	78,1	87,1	30,0 ^{*3}	33,3 ^{*2}	<0,0001
	No	21,9	12,9	70,0 ^{*3}	66,7 ^{*2}	

3.8. Lugar de trabajo

En relación con el lugar de trabajo se observaron diferencias significativas ya que un 77,1% de profesionales del ámbito rural no conocían a nadie que sufriera el COVID-19 (n= 27; $p<0,001$), frente al 44,1% que sí del ámbito urbano (n= 89; $p<0,001$). La misma tendencia se observó respecto a la afectación de algún familiar (n= 2; 5,7%; $p<0,01$; y n= 51; 25,2%; $p<0,01$, respectivamente) (Tabla 20).

Tabla 20. Variables de carácter general relativas a la persona encuestada, según el lugar de trabajo (N., frecuencia; %, porcentaje; *1: $p<0,05$; *2: $p<0,01$; *3: $p<0,001$; *4: $p<0,0001$; *5: $p<0,00001$).

Variable	Categorías	Rural		Urbano		Sign.
		N	%	N	%	
Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave	Un familiar cercano	2	5,7 ^{*2}	51	25,2 ^{*2}	<0,01
	Yo mismo/a	0	0,0	7	3,5	
	Compañeros/as de trabajo y/o amigos/as	6	17,1	55	27,2	
	Nadie cercano y/o conocido	27	77,1 ^{*3}	89	44,1 ^{*3}	

Otra diferencia es que en el ámbito rural se implementaron menos medidas adicionales de prevención antes de una cita (n= 2; 80,0%; $p<0,05$) en contraposición al ámbito urbano (n= 81; 40,1%; $p<0,05$) (Tabla 21).

Tabla 21. Variables específicas objeto de estudio, según el lugar de trabajo (N., frecuencia; %, porcentaje; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; Tx., tratamiento; *1: $p<0,05$; *2: $p<0,01$; *3: $p<0,001$; *4: $p<0,0001$; *5: $p<0,00001$).

Variable	Categorías	Rural		Urbano		Sign.
		N	%	N	%	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	11	31,4	71	35,1	
	Solo Tx de emergencia	23	65,7	121	59,9	

	Sin cambios	1	2,9	10	5,0	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	24	68,6	128	63,4	
	Parcialmente recuperada	11	31,4	71	35,1	
	Aún está suspendida	0	0,0	2	1,0	
	Jubilado durante la pandemia	0	0,0	1	0,5	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales						
Verbalmente	Sí	17	48,6	78	38,6	
	No	18	51,4	124	61,4	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	15	42,9	79	39,1	
	No	20	57,1	123	60,9	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	1	2,9	25	12,4	cuasi
	No	34	97,1	177	87,6	
No se da información	Sí	10	28,6	58	28,7	
	No	25	71,4	144	71,3	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita						
Toma de temperatura corporal	Sí	28	80,0	141	69,8	
	No	7	20,0	61	30,2	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	15	42,9	106	52,5	
	No	20	57,1	96	47,5	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	1	2,9	3	1,5	
	No	34	97,1	199	98,5	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	1	2,9	6	3,0	
	No	34	97,1	196	97,0	
Otras medidas	Sí	7	20,0 ^{*1}	81	40,1 ^{*1}	<0,05
	No	28	80,0 ^{*1}	121	59,9 ^{*1}	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	1	2,9	8	4,0	
	No	34	97,1	194	96,0	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	28	80,0	164	81,2	
	Indiferente	7	20,0	36	17,8	
	No son necesarias	0	0,0	2	1,0	
	Sí me preocupa	15	42,9	105	52,0	

Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Indiferente	15	42,9	60	29,7	
	No me preocupa	5	14,3	37	18,3	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	4	25,0	28	23,3	
	La de mi familia	9	56,3	59	49,2	
	Contagiar pacientes o compañeros	1	6,3	18	15,0	
	Otras razones	2	12,5	15	12,5	
Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sí, ha bajado	24	68,6	135	66,8	
	Sigue igual	10	28,6	61	30,2	
	No, ha aumentado	1	2,9	6	3,0	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	29	82,9	186	92,1	
	No estoy seguro/a	5	14,3	15	7,4	
	No	1	2,9	1	0,5	

De igual manera, en el ámbito rural, se incrementaron significativamente los pacientes en los últimos 9 meses en comparación a los primeros ($n = 21$; 60,0%; $p < 0,05$), en contraposición al aumento observado en el ámbito urbano ($n = 78$; 38,6%; $p < 0,05$). Tan solo 3 profesionales (8,6%; $p < 0,01$) del ámbito rural tuvieron menos pacientes, frente a 64 (31,7%; $p < 0,01$) del urbano. Respecto a las medidas adicionales para la prevención de aerosoles al inicio de la pandemia, un significativo menor número de dentistas en el ámbito rural ($n = 11$; 31,4%; $p < 0,05$) las aplicaron y las siguen usando, frente al medio urbano ($n = 107$; 53,0%; $p < 0,05$) mientras que, del mismo modo, más profesionales del medio rural ($n = 17$; 48,6%; $p < 0,01$) implementaron estas medidas, pero ya no las usan, frente al ámbito urbano ($n = 49$; 24,3%; $p < 0,01$).

Otro apartado que también reflejó diferencias significativas fue el de tratamientos implantológicos no esenciales realizados durante los primeros 9 meses de pandemia, donde un significativo mayor número de profesionales del ámbito rural los llevaron a cabo ($n = 32$; 91,4%; $p < 0,05$) en comparación a dentistas de zonas urbanas ($n = 147$; 72,8%; $p < 0,05$) (Tabla 22).

Tabla 22. Variables específicas objeto de estudio, según el hábitat de trabajo (N., frecuencia; %, porcentaje; EPIs., equipos de protección individual; Tx., tratamiento; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Rural		Urbano		Sign.
		N	%	N	%	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	12	34,3	36	17,8	cuasi
	Se ha despedido a personal	2	5,7	17	8,4	

	No ha habido reducción	21	60,0	149	73,8	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	3	8,6 ^{*2}	64	31,7 ^{*2}	<0,05
	Aproximadamente los mismos	11	31,4	60	29,7	
	Más pacientes	21	60,0 ^{*1}	78	38,6 ^{*1}	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	27	77,1	123	60,9	
	Usa los mismos	8	22,9	72	35,6	
	Ahora usa más	0	0,0	7	3,5	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	25	71,4	113	55,9	cuasi
	No	10	28,6	89	44,1	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	28	80,0	155	76,7	
	No	7	20,0	47	23,3	
Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	Sí	34	97,1	193	95,5	
	No	1	2,9	9	4,5	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	11	31,4 ^{*1}	107	53,0 ^{*1}	<0,01
	Sí pero ya no se usan	17	48,6 ^{*2}	49	24,3 ^{*2}	
	No	7	20,0	46	22,8	
Tx no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	32	91,4 ^{*1}	147	72,8 ^{*1}	<0,05
	No	3	8,6 ^{*1}	55	27,2 ^{*1}	

3.9. Afectación por COVID-19 de forma grave

Se observaron diferencias en cuanto al nivel de formación, destacando un significativo mayor número de dentistas que se realizaron cursos de formación continuada y padecieron ellos mismos COVID-19 de manera grave (n= 4; 57,1%; $p < 0,001$) (Tabla 23).

Tabla 23. Variables derivadas de carácter general relativas a la persona encuestada, según la cercanía de pacientes COVID (%., porcentaje; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%				Sign.
		Familia	Yo mismo	Comp./ Amigos	Nadie cercano	
Nivel de formación en implantología (4 grupos)	Máster	52,9	28,6	62,5	59,1	<0,05
	Estudiante de Máster	3,9	14,3	3,6	6,1	

	Curso de especialización	31,4	0,0	19,6	27,0	
	Cursos de formación continuada	11,8	57,1 ^{*3}	14,3	7,8	
Práctica diaria principal (3 grupos)	Práctica privada (sólo).	86,8	71,4	75,4	77,6	
	Hospitalaria / Clínica	7,5	14,3	13,1	15,5	
	Otra práctica	5,7	14,3	11,5	6,9	

En cuanto a las variables específicas, se han encontrado diferencias en la información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas. Se observa que un significativo mayor número de profesionales que vieron como amigos/conocidos sufrieron las consecuencias directas de la enfermedad informó a sus pacientes de forma verbal (57,4%; $p < 0,01$) o no los informaba (85,2%; $p < 0,01$), mientras que quienes no conocieron a nadie afectado, no informaba a sus pacientes verbalmente (69,8%; $p < 0,01$). Respecto a las medidas de prevención implementadas antes de una cita, quienes conocieron a algún amigo/familiar afectado realizaron test de antígenos en los últimos 3–7 días (8,2%; $p < 0,01$). Por otro lado, un significativo mayor número de profesionales cuya familia se vio afectada de forma directa implementaron otras medidas de prevención (52,8%; $p < 0,01$) frente a quienes no conocieron a nadie (30,2%; $p < 0,05$).

Tabla 24. Variables específicas objeto de estudio, según la cercanía de pacientes COVID (%., porcentaje; Tx., tratamiento; PCR., reacción en cadena de la polimerasa; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	%				Sign.
		Familia	Yo mismo	Comp./ Amigos	Nadie cercano	
Respuesta inicial ante la pandemia por COVID-19	Cierre total	30,2	71,4	34,4	34,5	
	Solo Tx de emergencia	64,2	14,3	60,7	62,1	
	Sin cambios	5,7	14,3	4,9	3,4	
Ha recuperado su práctica desde la pandemia por COVID-19	Totalmente recuperada	69,8	57,1	55,7	66,4	
	Parcialmente recuperada	30,2	42,9	39,3	33,6	
	Aún está suspendida	0,0	0,0	3,3	0,0	
	Jubilado durante la pandemia	0,0	0,0	1,6	0,0	
Información a los pacientes del riesgo de contraer COVID-19 antes de sus citas dentales						
Verbalmente	Sí	43,4	28,6	57,4 ^{*2}	30,2 ^{*2}	<0,01

	No	56,6	71,4	42,6 ^{*2}	69,8 ^{*2}	
Incluido en el consentimiento informado	Sí	32,1	14,3	41,0	44,0	
	No	67,9	85,7	59,0	56,0	
A través de redes sociales y/o página web	Sí	15,1	14,3	11,5	8,6	
	No	84,9	85,7	88,5	91,4	
No se da información	Sí	34,0	42,9	14,8 ^{*2}	32,8	<0,05
	No	66,0	57,1	85,2 ^{*2}	67,2	
Medidas de prevención implementadas antes de una cita						
Toma de temperatura corporal	Sí	60,4	71,4	77,0	73,3	
	No	39,6	28,6	23,0	26,7	
Cuestionario de riesgo de exposición reciente	Sí	56,6	28,6	57,4	46,6	
	No	43,4	71,4	42,6	53,4	
Test PCR en los últimos 3-7 días	Sí	0,0	0,0	3,3	1,7	
	No	100,0	100,0	96,7	98,3	
Test de antígenos en los últimos 3-7 días	Sí	0,0	0,0	8,2 ^{*2}	1,7	<0,05
	No	100,0	100,0	91,8 ^{*2}	98,3	
Otras medidas	Sí	52,8 ^{*2}	57,1	34,4	30,2 ^{*1}	<0,05
	No	47,2 ^{*2}	42,9	65,6	69,8 ^{*1}	
Las mismas medidas que antes de la pandemia	Sí	0,0	0,0	3,3	6,0	
	No	100,0	100,0	96,7	94,0	
Opinión general de los pacientes respecto a las medidas de prevención	Son necesarias	81,1	85,7	88,5	76,7	
	Indiferente	18,9	14,3	9,8	22,4	
	No son necesarias	0,0	0,0	1,6	0,9	
Preocupación por contraer COVID-19 en la práctica como dentista	Sí me preocupa	60,4	71,4	55,7	42,2	
	Indiferente	24,5	28,6	31,1	35,3	
	No me preocupa	15,1	0,0	13,1	22,4	
Mayor motivo de preocupación	Mi salud	25,0	16,7	25,6	21,8	
	La de mi familia	47,2	66,7	46,2	52,7	
	Contagiar pacientes o compañeros	13,9	16,7	17,9	10,9	
	Otras razones	13,9	0,0	10,3	14,5	
	Sí, ha bajado	58,5	42,9	67,2	72,4	

Cambio en la preocupación de contraer COVID-19	Sigue igual	37,7	42,9	29,5	25,9	
	No, ha aumentado	3,8	14,3	3,3	1,7	
Mi lugar de trabajo ha tomado acciones adecuadas para prevenir el riesgo de exposición al COVID-19	Sí	90,6	85,7	91,8	90,5	
	No estoy seguro/a	7,5	14,3	8,2	8,6	
	No	1,9	0,0	0,0	0,9	

Los profesionales que sufrieron ellos mismos o su familia la enfermedad, tuvieron un significativo menor número de pacientes en los últimos 9 meses de pandemia en comparación a los primeros (40,0%; $p < 0.05$) mientras que, quien no conoció a nadie cercano afectado, presentó un incremento significativo de pacientes (49,1%; $p < 0.05$). Por otro lado, quien tuvo compañeros/amigos afectados fueron los que realizaron un significativo menor número de cirugías al final de la pandemia (90,2%; $p < 0.05$) (Tabla 25).

Tabla 25. Variables específicas objeto de estudio, según la cercanía de pacientes COVID (%., porcentaje; Tx., tratamiento; EPIs., equipos de protección individual; *1: $p < 0,05$; *2: $p < 0,01$; *3: $p < 0,001$; *4: $p < 0,0001$; *5: $p < 0,00001$).

Variable	Categorías	Porcentajes			Sign.
		Familia / Yo mismo	Comp./ Amigos	Nadie cercano	
Ha afectado al personal de su centro	Se ha reducido el nº de horas	13,3	24,6	21,6	
	Se ha despedido a personal	11,7	3,3	8,6	
	No ha habido reducción	75,0	72,1	69,8	
Variación de pacientes entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de la pandemia	Menos pacientes	40,0 ^{*1}	32,8	19,8 ^{*2}	<0,05
	Aproximadamente los mismos	28,3	29,5	31,0	
	Más pacientes	31,7	37,7	49,1 ^{*1}	
Variación del uso de EPIs entre los últimos 9 meses y los primeros 9 de pandemia	Ahora usa menos	56,7	54,1	71,6	cuasi
	Usa los mismos	40,0	39,3	27,6	
	Ahora usa más	3,3	6,6	0,9	
Paciente de emergencia (implantológico o implanto-protésico) en los primeros 9 meses de pandemia	Sí	63,3	59,0	55,2	
	No	36,7	41,0	44,8	
Cirugía implantológica durante los primeros 9 meses de pandemia	Sí	81,7	68,9	79,3	
	No	18,3	31,1	20,7	
	Sí	98,3	90,2 ^{*1}	97,4	<0,05

Cirugía implantológica durante los últimos 9 meses	No	1,7	9,8* ¹	2,6	
Medidas adicionales para la prevención de aerosoles al comenzar la pandemia	Sí y se siguen usando	55,0	52,5	45,7	
	Sí pero ya no se usan	23,3	29,5	29,3	
	No	21,7	18,0	25,0	
Tratamientos no esenciales implantológicos los primeros 9 meses de pandemia	Sí	80,0	68,9	76,7	
	No	20,0	31,1	23,3	

DISCUSIÓN



La profesión dental no ha dispuesto de medidas universales sobre cómo actuar frente al virus, a pesar de ser uno de los colectivos sanitarios más expuestos ⁷⁵⁻⁷⁷. En España, especialmente durante el pico de la pandemia, muchos pacientes no pudieron recibir sus tratamientos programados ya que la actividad estaba limitada a tratamientos de emergencia por mandato del gobierno ⁷⁸. Posteriormente, fueron diversas las investigaciones que indagaron sobre cómo afectó la pandemia de COVID-19 al ámbito dental, siendo estas muy heterogéneas entre sí. La originalidad de nuestra investigación reside en que se trata de la primera dirigida a analizar a profesionales con dedicación a la Implantología Oral en España.

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en la presente investigación doctoral y se comparan con aquellos publicados en encuestas similares. Es importante puntualizar que el hecho de que exista una diferencia estadísticamente significativa entre grupos comparados no denota que la variación entre los grupos sea grande o importante, sino que dicha disparidad no ha sucedido por casualidad, por lo que, el criterio de si un hallazgo estadísticamente significativo también lo es a nivel clínico, queda a criterio del lector ⁷⁹.

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ENCUESTADOS

1.1. Características demográficas:

El número de hombres encuestados fue un 39,2% más elevado que el de mujeres (69,6% y 30,4%, respectivamente). El acceso de la mujer a la universidad española se reguló en 1910. Desde este momento su presencia ha ido aumentando gradualmente. En este sentido, en los estudios de Medicina, la presencia femenina pasó de ser del 5,5% en el curso 1940/41 al 20,2% en el curso 1969/70 ⁸⁰. En el último cuarto del siglo XX, coincidiendo con el período democrático, se produce un cambio sustancial de la mujer en el ámbito universitario ⁸¹. Datos publicados por el Ministerio de Educación ⁸² muestran que, durante el curso 2008/09, el porcentaje de mujeres matriculadas en las universidades de nuestro país fue del 54,4% frente a un 45,6% de hombres. En el curso 2017/18 y, para el nivel educativo de Grado, la tasa de mujeres matriculadas fue de 52,3% frente a un 33,8% de hombres. En el curso 2019/20 la representación de mujeres en la rama de Ciencias de la Salud fue del 70,8% ⁸³. Estos datos están en consonancia con los obtenidos en este estudio al cruzar el sexo con la edad, observando un claro predominio femenino en edades < 40 años, equiparándose con el sexo masculino en la categoría de edad de 41 a 50 años, y aumentando de manera notable la representación masculina a partir de los 51 años.

La menor proporción de mujeres se explica por una menor preferencia de este colectivo hacia las especialidades quirúrgicas (entre las que se incluye la Implantología Oral ⁸⁴) seguramente porque, en general, los hombres valoran más la retribución económica y las habilidades de destreza manual a la hora de elegir su “especialización”, mientras que la motivación de las mujeres se centra en la retribución personal ^{85,86}, siendo más atractivas otras especialidades como la Ortodoncia y/o la Odontopediatría.

1.2. Exclusividad en la práctica clínica, experiencia en tratamientos de implantes dentales (IDs) y número medio colocados al año:

Estos factores se analizan de forma conjunta debido a que se encuentran muy relacionados entre sí. Los profesionales que ejercen su práctica clínica en exclusiva realizando estos tratamientos es muy bajo (16%), lo que quiere decir que un 84%, además de procedimientos implantológicos también realiza otro tipo de tratamientos. Este es un dato positivo ya que ofrece al clínico una visión global de las necesidades restauradoras y preventivas del paciente. Se observó una relación directamente proporcional con el número de IDs insertados al año de modo que, a más IDs insertados al año, mayor probabilidad de que dicho profesional ejerza en exclusiva la práctica de la Implantología Oral.

Por otro lado, la experiencia (en años) colocando IDs se reparte de un modo muy homogéneo entre todas las franjas de edad, relacionándose de forma directamente proporcional con la edad, de modo que, a más edad, más años de experiencia en estos tratamientos.

Respecto al número de IDs colocados al año, casi la mitad de los encuestados (46,4%) colocan más de 100 IDs y, además, estos presentan una mayor experiencia y formación. Asimismo, se ha comprobado que, quienes colocan más IDs al año es más probable que tengan una práctica en exclusiva.

1.3. Nivel de formación universitaria:

Casi dos tercios de los encuestados disponía de un título de Máster relacionado con la Implantología Oral o estaba estudiándolo (60,8%). Teniendo en cuenta que esta encuesta fue realizada a través de la Sociedad Española de Implantes, es razonable suponer que se trata de un colectivo que desarrolla su práctica clínica basada en la inserción de IDs y, del mismo modo, una formación amplia en este campo.

Por otro lado, conforme se incrementa la edad de los encuestados aumenta la probabilidad de haber realizado un curso de capacitación o un postgrado relacionado con la Implantología Oral. De esta forma, mayores de 51 años se forman frecuentemente con este tipo de formación que difiere a la de los másteres seguramente debido a que (1) el auge de los másteres es relativamente reciente, (2) existe una relación directa entre una mayor edad y disponer de clínica dental propia, por lo que estos tienden a ser más prácticos a la hora de formarse, es decir, no precisan de la realización de un máster para tener más facilidad para encontrar trabajo, y (3) habitualmente los másteres suelen ocupar un mayor tiempo por lo que, como se ha demostrado, suelen cursarlo en mayor medida jóvenes con menos responsabilidades vitales y/o con un mayor apoyo económico de sus familias.

1.4. Práctica diaria:

Casi la totalidad de los encuestados realiza su práctica diaria en el ámbito privado (78,9%), siendo una minoría los que realizan su actividad profesional en el ámbito hospitalario (13,1%). Esto puede ser debido a que el tratamiento implantológico no está cubierto por la sanidad pública, salvo en casos muy circunscritos de tumoraciones orales o grandes traumatismos faciales, entre otros⁸⁷, por lo que casi en exclusiva se realizan en clínicas dentales privadas.

1.5. Alguien cercano a usted sufrió las consecuencias del COVID-19 de manera grave:

Llama la atención que casi la mitad de los encuestados no conocen a nadie cercano que haya padecido la enfermedad (48,9%), siendo una minoría los que la han padecido ellos mismos (3,0%). Este último dato, podría explicarse por las estrictas medidas de prevención llevadas a cabo durante los tratamientos dentales realizados durante la pandemia, así como en medidas de higiene a nivel personal fuera del centro de trabajo⁸⁸. En este sentido, el Consejo General de Dentistas de España cifró los contagios de los profesionales odontológicos en España entre el 1,3 al 3,9%, siendo uno de los grupos con menos contagios, probándose con ello la efectividad de los protocolos y medidas que los profesionales y centros de trabajo fueron implementando durante el transcurso de la pandemia, así como la formación específica sobre el COVID-19 que llevaron a cabo los odontólogos⁸⁹. Asimismo, otro estudio llevado a cabo por Muiño et al.⁹⁰ detalla el alto porcentaje de profesionales no afectados por el COVID-19 (90,8%).

2. PREOCUPACIÓN POR EL COVID-19 Y SUS CONSECUENCIAS LABORALES

2.1. Respuesta inicial a la pandemia COVID-19:

Un tercio de los encuestados (34,6%) llevó a cabo el cierre total de su actividad, mientras que algo más de la mitad de los encuestados (60,8%) realizaron únicamente tratamientos de urgencia en las clínicas dentales. Esto fue debido al Estado de Alarma y al gran desconocimiento e incertidumbre que se generó tras el inicio de la pandemia, al miedo a contagiarse de una enfermedad nueva y desconocida y, probablemente, al desabastecimiento de material sanitario, como EPI's y mascarillas⁹¹. Tan solo una minoría (4,6%) siguió realizando su actividad con normalidad a pesar de la situación.

Otros estudios^{90,89,92,93} mostraron también una disminución de la actividad de los encuestados tras el estallido de la pandemia, mediante el cese de su actividad o mediante la atención únicamente de urgencias. Zaheer et al.⁹⁴ destacan una diferencia entre odontólogos generales y especialistas, siendo estos últimos (39,4%) los que realizaron, en mayor proporción una suspensión parcial de la actividad (26,9%), frente a los primeros (26,9%).

Respecto a la recuperación de la actividad tras el inicio de la pandemia, más de la mitad de los encuestados (61,8%) la recuperaron totalmente, mientras que una minoría (1,2%) aún la mantenían suspendida. El resto de los autores no indagaron sobre la recuperación de la actividad.

2.2. Preocupación por el contagio durante su práctica clínica:

El grueso de la atención de las urgencias implantológicas la soportaron los profesionales de 41 a 50 años, lo que se relacionó con que este mismo intervalo de edad tuviera una significativa mayor preocupación por contagiar a sus familiares (73,9%; $p < 0,05$). No obstante, en general, la preocupación por contraer la enfermedad fue baja, ya que le preocupaba a la mitad de los encuestados (50,6%), datos similares a los publicados por otras encuestas realizadas en Australia (58,7%)⁹⁵ o en Italia (50,5%)⁹⁶. Asimismo, se ha observado que dicha preocupación es inversamente proporcional a la edad ($p < 0,001$), como también sucedió en otro estudio realizado en Texas (EE. UU.), en la que la edad de corte fueron los 55 años (Odds Ratio [OR]= 1,55; $p = 0,043$)⁹⁷. Estos datos probablemente fueron motivados por la alta incidencia y mortalidad por COVID-19 en personas de edad avanzada (con condicionantes médicos preexistentes), con una edad media entre los 51⁹⁸ a los 78⁹⁹ años. Esto generó una mayor preocupación en los dentistas > 60 años. Por otro lado, una mayor proporción de pacientes jóvenes no conocían a nadie cercano que sufriera la enfermedad de forma severa, sobre todo en el intervalo de 31 a 40 años (60,3%; $p < 0,05$), lo que pudo hacer que relativizaran el riesgo a ser contagiados y fueran una vía de transmisión de la enfermedad a su entorno.

2.3. Tratamientos durante la pandemia:

Uno de los grandes problemas durante la pandemia fue la selección de las urgencias dentales para su atención presencial. En este sentido, según la *American Dental Association* (ADA) ⁶⁵, los procedimientos urgentes relacionados con la Implantología Oral incluían: (1) el sangrado no controlado, (2) retirada de puntos de sutura, y/o (3) ajuste de prótesis cuando esta impidiera la función masticatoria. Además, la *American Association of Implant Dentistry* (AAIP) ⁷³ publicó un libro blanco con recomendaciones sobre los tratamientos implantológicos durante la pandemia de COVID-19. Estas incluían la pérdida o fractura de la restauración protésica, la infección de los tejidos periimplantarios y la movilidad del ID. El motivo es que estos escenarios pueden llevar a la pérdida del ID, lo que acarrea costes funcionales, económicos y emocionales. En el presente estudio, el 60,8% de los profesionales encuestados refiere haber atendido únicamente urgencias implantológicas, datos bastante más elevados que los descritos por una encuesta internacional, con una representación de 2.318 dentistas españoles, de los cuales, tan sólo el 39,5% refiere haberlos realizado ¹⁰⁰. En otros países estos datos fueron menores ¹⁰¹. Un dato curioso es que el 14,2% de los dentistas australianos que sólo atendieron urgencias evitaron contárselo a otras personas por miedo a recibir reacciones negativas, y el 10% consideró que sus familiares o amigos evitaron el contacto con ellos ⁹⁵.

Como cabe esperar, cuantos más tratamientos se realicen, mayor es el riesgo de complicaciones. De esta manera, el 65,5% de los profesionales que colocan más de 100 IDs/año tuvieron complicaciones en los 9 primeros meses ($p < 0.05$) frente al 33,3% de los que colocan hasta 50 IDs/año ($p < 0,00001$). Estas cifras también están asociadas a que el 88,2% ($p < 0,001$) de los profesionales que colocan más de 100 IDs/año realizaron estas cirugías también durante el periodo inicial de la pandemia, lo cual iba en contra de las recomendaciones dadas en ese momento. Más aún, el 75,5% de todos los profesionales encuestados afirmaron haber realizado tratamientos no esenciales.

2.4. Medidas de prevención implementadas:

Uno de los aspectos más importantes durante la pandemia y la vuelta a la actividad fueron las medidas de prevención implementadas en los centros de trabajo. Destacamos que un pequeño porcentaje de profesionales (14,2%), reconoce o considera que su centro de trabajo tomó acciones adecuadas para prevenir la exposición al COVID-19. Estos datos están en consonancia con los descritos en Brasil. Por su parte, Moraes et al. ⁹³ declaran que un porcentaje mayor de dentistas en Latinoamérica consideraron apropiadas las medidas implementadas en

sus centros de trabajo (24,3%), mientras que en Brasil, el porcentaje de dentistas insatisfechos fue el más elevado (68,4%)¹⁰².

Las medidas de prevención más populares llevadas a cabo fueron la información a los pacientes de forma previa a la cita odontológica, la realización de un cuestionario de riesgo de exposición reciente (49,2%) y la toma de la temperatura corporal (68,7%). En cambio, la realización de test PCR o de antígenos en los últimos 3–7 días apenas fue realizado por el 1,62% y el 2,84% de los encuestados, respectivamente. Otro estudio realizado en España arrojó cifras similares, ya que el 81,2% realizaban un cribado previo mediante un cuestionario de riesgo de exposición reciente, y el 48,2% tomaban la temperatura corporal del paciente al llegar a su cita, sin aportarnos datos sobre la solicitud de tests específicos⁸⁹.

El resto de los autores no aportan datos específicos sobre las medidas preventivas ya que sus estudios se centran más en el material empleado como barrera para prevenir el contagio, independientemente si el paciente se encontraba infectado o no. Esto seguramente sea debido a la dificultad, en muchos casos, de no poder identificar adecuadamente los síntomas COVID-19, además del periodo asintomático que presenta, que aún sin manifestarse, puede contagiarse. Moraes et al.⁹³ en su estudio a una muestra latinoamericana, muestra que el 41,6% de sus encuestados solo usaba mascarillas FFP2 como material de protección. Por su parte, en Nepal⁹², el 60% de los profesionales y en Brasil¹⁰² el 73,9% no disponían de material de prevención adecuado.

La pandemia ha sido un periodo difícil a nivel sanitario y emocional, como indican algunas encuestas que cifran en más del 80% el porcentaje de profesionales que psicológicamente se han visto afectados. Más concretamente, un 67,6% de cirujanos maxilofaciales han mostrado trastornos psicológicos y un 78,2% de dentistas generales. Asimismo, aumentó de manera directamente proporcional conforme se incrementaba el conocimiento acerca del COVID-19¹⁰³. Estas alteraciones emocionales también se debieron a la incertidumbre acerca de las consecuencias para su futuro profesional, y sobre el fin de la situación de emergencia⁹⁶. Otras consecuencias graves fueron las de carácter económico¹⁰⁴. Una encuesta llevada a cabo en Europa reflejó que, antes de la pandemia, la mayoría de los dentistas atendía de 6 a 15 pacientes al día, mientras que, durante el periodo crítico de la misma, este número era de 0 a 5 pacientes a la semana. Asimismo, tres de cada 4 dentistas en Italia han confesado que el periodo pandémico les ha afectado de un modo extremadamente negativo⁹⁶. Por suerte, el 71,7% de las clínicas dentales no despidieron a trabajadores. Un peso importante

en este hecho lo desempeñaron los *Expedientes de Regulación Temporal de Empleo* (ERTEs), una medida de flexibilización laboral que habilita a la empresa a reducir o suspender los contratos de trabajo de sus empleados. A 31 de diciembre de 2020, esta medida afectó a 755.613 trabajadores en España ¹⁰⁵. En Italia, donde también se desarrollaron medidas económicas para aplacar el impacto de la crisis sanitaria, repercutió en que el 45% de los dentistas atendieran solo emergencias, mientras que el 55% fueron ayudados por un solo asistente ⁹⁶. En España, teniendo en cuenta que el 90% de los dentistas tienen un régimen laboral por cuenta propia ¹⁰⁶, estas cifras podrían haber sido mayores.

El perfil de profesional que antes ha recuperado su práctica clínica es la de aquel que estudió un Máster relacionado con Implantología Oral, es decir, de Implantología Oral *per se*, de Cirugía Bucal, Periodoncia y/o combinaciones (72%; $p < 0,01$), quizás debido a que el 83,3% realizaron cirugías de IDs durante el periodo inicial de la pandemia ($p < 0,05$). La realización de dichos tratamientos no esenciales también se asoció al ejercicio en el ámbito privado de manera exclusiva (80,2%; $p < 0,01$), posiblemente con el fin de paliar las consecuencias económicas. Por otro lado, los profesionales que no conocían a nadie cercano que sufriera consecuencias médicas graves derivadas del COVID-19 fueron los que experimentaron un mayor incremento de pacientes tras dejar atrás el pico de la pandemia (49,1%; $p < 0,05$), seguramente a causa de que normalizaron antes esta situación. Esto puede extraerse entre otros datos, de que el 71,6% de estos profesionales usaron un significativo menor número de equipos de protección individual (EPIs) a partir de los 9 meses de pandemia en comparación con el inicio de la misma ($p < 0,01$). En cambio, los profesionales que continúan teniendo menos pacientes son aquellos que no tienen una formación de postgrado específica, lo que sugiere que, aquellos menos preparados se podrían haber visto abocados al cierre de sus clínicas dentales o a la pérdida de sus trabajos. El mayor porcentaje de este grupo lo representan los mayores de 60 años (7,1%; $p > 0,05$), aunque esto no se tradujo en una mayor cantidad de jubilaciones ($n = 1$; 0,4%).

Teniendo en cuenta que los profesionales dentales (dentistas, higienistas y auxiliares dentales) fueron considerados como la categoría de mayor riesgo de exposición al SARS-CoV-2 de acuerdo con la *Agencia Americana de Administración de Salud y Seguridad Ocupacional* ⁷⁷, tan sólo un 3% de los dentistas padeció las consecuencias del COVID-19 de manera grave, datos acordes con los expuestos por la *COVIDental Collaboration Group* ¹⁰⁰, en los que la tasa de positividad de los dentistas españoles fue del 3,2%, frente al 4,1% cifrado en la población general española. Datos de estudios similares llevados a cabo en Europa y EE. UU. han mostrado igualmente unas tasas de prevalencia y positividad bajas entre profesionales

dentales, lo que sugiere que las recomendaciones actuales de control de la transmisión de COVID-19 podrían ser las adecuadas ^{96,107-109}. En esta misma línea, desde la aparición del VIH/SIDA y el aumento por la preocupación por la hepatitis B y C en los años '90, la profesión dental adoptó medidas estrictas de control de las infecciones, por tanto, los dentistas tienen una "cultura" de control de la infección muy arraigada ¹¹⁰. De esta manera, al igual que se atiende a cualquier paciente como si presentara una enfermedad infecciosa, actualmente se atienden como si fueran COVID-19 positivos.

Se recomendó la implementación de medidas efectivas de control de infecciones para prevenir la infección nosocomial por coronavirus ¹¹¹. En este sentido, la regresión logística multinominal ordinal mostró que solo el uso de mascarillas N95/FFP2 redujo significativamente la probabilidad de manifestar signos/síntomas de COVID-19 ¹¹². A este respecto, se ha especulado que los profesionales dentales que utilizan mascarillas N95 en el trabajo son más propensos a usarlas también en su vida cotidiana, reduciendo el riesgo de transmisión comunitaria. Estas menores tasas de transmisión en el personal dental se han asociado directamente con el Ingreso Nacional Bruto per cápita (INB), observándose menores tasas en países con INB elevadas. En este sentido, en 8 de los países analizados por una encuesta realizada a nivel mundial (Pakistán, Rusia, Arabia Saudí, Túnez, Países Bajos, Lituania, Malasia y China), la tasa de autoinforme de COVID-19 de los profesionales dentales fue más alta que la de la población general ¹⁰⁰.

Al principio de la pandemia existieron muchas dificultades para encontrar EPIs, incluso los tiempos de entrega se alargaron sobremanera ⁹⁶, no obstante, más del 90% de los dentistas considera que en su lugar de trabajo se adoptaron medidas adecuadas para prevenir el riesgo de exposición y contagio al COVID-19, suerte que no tuvieron en otros países como Turquía, donde tan sólo el 12,36% de los dentistas tuvieron acceso a mascarillas N95 y otros medios de protección ¹⁰³.

Ahora se confirma que el COVID-19 se transmite a través del contacto humano y en forma de gotitas (concretamente, gotitas de Flügge), pero no se ha descartado la transmisión por el aire ^{72,113}. El uso de dique de goma y eyectores potentes de saliva minimizan la generación de aerosoles durante los tratamientos dentales. Otras herramientas, como pantallas faciales y/o gafas de protección también son de gran ayuda, evitando las salpicaduras de sangre, saliva y agua ¹¹⁴. En el presente estudio, un porcentaje muy alto de los dentistas emplearon este tipo de medidas 77,6%, sin embargo, el 27,8% dejaron de utilizarlas a partir de los 9 meses.

Finalmente, un porcentaje muy elevado de los encuestados (81%) afirmaron que los pacientes consideraron las medidas preventivas necesarias. Posiblemente, esta confianza pudo hacer que los pacientes tuvieran menos miedo a contagiarse, como indicó una encuesta realizada en Italia, con una media de preocupación de 1.06 puntos (significando 0 – “ninguna preocupación”, y 4 – “preocupación extrema”). Igualmente, la gran mayoría de los pacientes en otros países entendieron las razones para el cierre o la reducción de la atención de las clínicas dentales ⁹⁶. Algunos autores sugieren que los dentistas y cirujanos orales podrían integrar el teletrabajo en su práctica clínica, con el fin de llevar a cabo las consultas pre- y postoperatorias, así como los seguimientos, reduciendo de este modo el tránsito del paciente y, con ello, la posible transmisión. Estas medidas han tenido una buena aceptación por parte de los pacientes, el gobierno y los proveedores de atención médica en los EE. UU ¹¹⁵.

3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la realización del presente estudio de investigación doctoral se detectaron tres grandes limitaciones que deberían de considerarse en la realización de futuros estudios:

1. La primera de ellas es que, al tratarse de un estudio basado en una encuesta, no es posible establecer la veracidad de las respuestas aportadas por los participantes. Además, estas respuestas son puramente subjetivas.
2. En segundo lugar, el número de cuestiones son limitadas.
3. Y, finalmente, la dificultad encontrada al comparar los datos con otras encuestas realizadas debido a la falta de homogeneidad entre estas.

CONCLUSIONES



1. Los periodos convulsos como el vivido ponen de manifiesto la necesidad de disponer de una formación específica en Implantología Oral, dado que los profesionales mejor cualificados fueron los que antes recuperaron su práctica clínica.
2. Tras los primeros 9 meses de pandemia la actividad se reestableció casi por completo.
3. A pesar de la complicada situación, en general no afectó a la capacidad de retención del personal de los centros odontológicos, y los encuestados consideran que se implementaron medidas adecuadas en sus lugares de trabajo para prevenir el riesgo de infección.
4. La opinión de los pacientes respecto a las medidas de prevención tomadas fue positiva.
5. La preocupación por contraer la enfermedad se relacionó de manera directamente proporcional con la edad de los encuestados: A mayor edad, mayor preocupación.
6. A pesar de ser uno de los colectivos sanitarios más expuestos al SARS-CoV-2 un porcentaje muy bajo de los encuestados sufrió las consecuencias del COVID-19 de forma severa, o conocía a alguien cercano que las hubiera padecido.

REFERENCIAS



1. Organización Mundial de la Salud. Plan estratégico a plazo medio 2008-2013. 2015;2013:1-17. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP-08-13-PPB-10-11/mtsp-2sp.pdf
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497-506.
3. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemic COVID-19, the new health emergency of international concern: A review. *Semergen*. 2020;46:65-77.
4. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020;5:536-44.
5. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Med Intensiva*. 2020;44:323-4.
6. Chen S, Prettner K, Kuhn M, Bloom DE. The economic burden of COVID-19 in the United States: Estimates and projections under an infection-based herd immunity approach. *J Econ Ageing*. 2021;20:100328.
7. Gobierno de España. Crisis sanitaria COVID-19: Normativa e información útil. 2022. Disponible en: https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html
8. Masters PS. The Molecular biology of Coronaviruses. *Adv Virus Res*. 2006;65:193-292.
9. Schoeman D, Fielding BC. Coronavirus envelope protein: Current knowledge. *Viol J*. 2019;16:1-22.
10. Fung TS, Liu DX. Human Coronavirus : Host-Pathogen Interaction. *Annu Rev Microbiol*. 2019:529-60.
11. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol*. 2020;92:418-23.
12. Wang N, Li SY, Yang X Lou, Huang HM, Zhang YJ, Guo H, et al. Serological evidence of bat SARS-related coronavirus infection in humans, China. *Viol Sin*. 2018;33:104-7.

13. Li H, Mendelsohn E, Zong C, Zhang W, Hagan E, Wang N, et al. Human-animal interactions and bat coronavirus spillover potential among rural residents in Southern China. *Biosaf Health*. 2019;1:84-90.
14. Zhou P, Yang X Lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579:270-3.
15. Song Z, Xu Y, Bao L, Zhang L, Yu P, Qu Y, et al. From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. *Viruses*. 2019;11:59.
16. Abramo JM, Reynolds A, Crisp GT, Weurlander M, Söderberg M, Scheja M, et al. Individuality in music performance. *Assess Eval High Educ*. 2012;37:435.
17. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL. Recommendations on the clinical management of the COVID-19 infection by the new coronavirus SARS-CoV2. Spanish Paediatric Association working group. *An Pediatr*. 2020;92:241.e1-241
18. Murillo-Godínez G. Las gotitas de Flügge. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47:290.
19. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *J Am Med Assoc*. 2020;323:1610-2.
20. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581:465-9.
21. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (CoVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Ann Intern Med*. 2020;172:577-82.
22. Tong ZD, Tang A, Li KF, Li P, Wang HL, Yi JP, et al. Potential presymptomatic transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020;26:1052-4.
23. Tang JW, Young S, May S, Bird P, Bron J, Mohamedanif T, et al. Comparing hospitalised, community and staff COVID-19 infection rates during the early phase of the evolving COVID-19 epidemic. *J Infect*. 2020;81:647-79.

24. Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor recognition by the novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS coronavirus. *J Virol.* 2020;94:1-9.
25. Gaertner J. Coronavirus spike protein and receptor, illustration. *Lancet Respir Med.* 2020;8:e21.
26. Poulter N. Lower blood pressure in South Asia? Trial Evidence. *N Engl J Med.* 2020;382:758-60.
27. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol.* 2020;92:719-25.
28. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguín-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis.* 2020;34.
29. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Información científico-técnica, enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
30. Mahieu R, Dubée V. Clinical and epidemiological characteristics of COVID-19. *Actual Pharm.* 2020;59:24-6.
31. Padilla Benítez T, Rojas AL, Munive Báez L, Monsiváis Orozco AC, Dionicio Avendaño AR, Corona Villalobos CA, et al. Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Rev Latin Infect Pediatr.* 2020;33:10-32.
32. Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis.* 2020:214-7.
33. Dhungana HN. Comments on "Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak". *Int J Infect Dis.* 2020;94:72-3.
34. Wang W, Xu Y, Gao R. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *J Am Med Assoc.* 2020;323:1843-4.

35. Qi Z, Yu Y. Epidemiological features of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Curr Top Med Chem.* 2020;20:1137-40.
36. To KK, Tak O, Tsang Y, Leung W, Tam AR, Wu T, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an antibody observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20:565-74.
37. Guo L, Ren L, Yang S, Xiao M, Chang D, Yang F, et al. Profiling early humoral response to diagnose novel coronavirus disease (COVID-19). *Clin Infect Dis.* 2020;71:778-85.
38. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Wang X, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis.* 2020;71:2027-34.
39. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *J Am Med Assoc.* 2020;323:1824-36.
40. Stern D, López-Olmedo N, Pérez-Ferrer C, González-Morales R, Canto-Osorio F, Barrientos-Gutiérrez T. Rapid review of the community-wide use of surgical masks and acute respiratory infections. *Salud Publica Mex.* 2020;62:319-30.
41. Regli A, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. The role of fit testing N95/FFP2/FFP3 masks: a narrative review. *Anaesthesia.* 2021;76:91-100.
42. Lurie N. Developing COVID-19 vaccines at pandemic speed. *N Engl J Med.* 2020;108:1969-73.
43. Martínez-Camus DC, Yévenes-Huaiquino SR. Atención dental durante la pandemia COVID-19. *Int J Odontostomatol.* 2020;14:288-95.
44. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020;12:1-6.
45. Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Zeng X, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 2020;12:1-5.
46. American Dental Association. What Constitutes a Dental Emergency ? 2020. Disponible en: <https://www.pattersondental.com/media/default/pdfs/ada-covid19-what-constitutes-a-dental-emergency.pdf>
47. Moya D. Letter to the Editor. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol.* 2014;79:253.

48. Ataş O, Yildirim TT. Evaluation of knowledge, attitudes, and clinical education of dental students about COVID-19 pandemic. *PeerJ*. 2020;8:e9575.
49. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J Dent Res*. 2020;99:481-7.
50. Alsina X, Sierra J, Rodríguez M, Ruíz O, Ruíz M, Torralba Y, et al. Recomendaciones de prevención de infección por coronavirus en las unidades de función pulmonar de los diferentes ámbitos asistenciales. 2020. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica 2020. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones-de-prevencion-de-infeccion-por-coronavirus-en-las-unidades-de-funcion-pulmonar-de-los-diferentes-ambitos-asistenciales-20-mayo-2020-v2.pdf>
51. Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, Fu XH, Zhang YZ. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020;21:361-8.
52. Alharbi A, Alharbi S, Alqaidi S. Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *Saudi Dent J*. 2020;32:181-6.
53. Rivas A, Wallach M, Boin C, Carrasco R. Recomendaciones en la atención de pacientes en cirugía maxilofacial durante la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). *Int J Odontostomat*. 2020;14:474-80.
54. Kaplovitch E, Dounaevskaia V. Treatment in the dental practice of the patient receiving anticoagulation therapy. *J Am Dent Assoc*. 2019;150:602-8.
55. Mahesh L, Kurtzman GM, Chug A, Sagrika S, Afrashtehfar KI. Manejo de implante mal posicionado en el sector anterior del maxilar. *Implantología Actual*. 2012;6:12-8.
56. Padullés E, Catalán E, Giner L. Complicaciones-y-fracasos-quirurgicos en Implantología. Revisión del estado actual del tema. *Rev Esp Odontostomatológica de Implantes*. 2000;8:216-32.
57. Bragado Novel M, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Sinusitis maxilar iatrogénica tras la colocación de implantes: A propósito de un caso. *Av Periodoncia Implantol Oral*. 2010;22:135-45.
58. López-Cerero L. Infecciones relacionadas con los implantes dentarios. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:589-92.

59. Nickenig H, Wichmann M, Eitner S. Supervivencia y tasas de complicaciones de prótesis dentales parciales fijas y removibles combinadas soportadas por dientes e implantes. Rev Int Prótesis Estomatol. 2009;11:45-51.
60. Centers for Disease and Control and Prevention. Basics of COVID-19. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19/basics-covid-19.html>
61. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard. 2022. Disponible en: <https://covid19.who.int>
62. World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 2020. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
63. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Orden SND/310/2020, de 31 de Marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado. 2020:27984-7. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-4211>
64. Consejo General de Dentistas de España. El Consejo General de Dentistas de España pide a los colegiados "responsabilidad" ante la situación sanitaria actual. 2020. Disponible en: <https://consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1728-el-consejo-general-de-dentistas-de-espana-pide-a-los-colegiados-responsabilidad-ante-la-situacion-sanitaria-actual.html>
65. American Dental Association. What constitutes a dental emergency? 2019. Disponible en: <https://www.pattersondental.com/media/default/pdfs/ada-covid19-what-constitutes-a-dental-emergency.pdf>
66. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020;12:9.
67. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. J Dent Res. 2020;99:481-7.
68. Baracco B, Ceballos L, Llorente A, Fuentes MV. Impact of COVID-19 on the work of Spanish dentists: An early response to the pandemic. J Clin Exp Dent. 2021;13:e148-55.

69. Abramovitz I, Palmon A, Levy D, Karabucak B, Kot-Limon N, Shay B, et al. Dental care during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: operatory considerations and clinical aspects. *Quintessence Int.* 2020;51:418-29.
70. Garbin CAS, Garbin AJI, Tiano AVP, Bueno e Silva FSJF, Presta AA. Dentistry and HIV: University professors' role in establishing a basis for judgment. *Braz J Oral Sci.* 2007;6:1326-30.
71. Dimkov A, Gjorgievska E, Stevanovic M, Pavlevska M, Simonoska J. COVID-19 outbreak in North Macedonia: An overview of its impact on dentistry. *Minerva Dent Oral Sci.* 2022;71:39-47.
72. Guo H, Zhou Y, Liu X, Tan J. The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services. *J Dent Sci.* 2020;15:564-7.
73. Rutkowski JL, Camm DP, el Char E. AAID white paper: Management of the dental implant patient during the COVID-19 pandemic and beyond. *J Oral Implantol.* 2020;46:454-66.
74. Elm E von, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008;61:344-9.
75. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2020;20:275.
76. Gallagher JE, K C S, Johnson IG, Al-Yaseen W, Jones R, McGregor S, et al. A systematic review of contamination (aerosol, splatter and droplet generation) associated with oral surgery and its relevance to COVID-19. *BDJ Open.* 2020;6:25.
77. Innes N, Johnson IG, Al-Yaseen W, Harris R, Jones R, Kc S, et al. A systematic review of droplet and aerosol generation in dentistry. *J Dent.* 2021;105:103556.
78. Gobierno de España. 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 el COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

79. Greenstein G, Tarnow D. Effectiveness of antibiotics to reduce early implant loss in systemically healthy patients. *Compend Contin Educ Dent*. 2020;41:102-10.
80. Santesmases-Navarro-Palencia MJ. *Mujeres científicas en España (1940-1970). Profesionalización y modernización social*. 1º ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
81. López-Cruz L. La presencia de la mujer en la universidad española. *Rev Hist Edu Latinoam*. 2002;4:291-9.
82. Ministerio de Educación. *Estadística alumnado universitario. Avance de la estadística de estudiantes universitarios. 2008-2009*. 2010.
83. Ministerio de Ciencia Innovación y Universidades. *Estadística de estudiantes. Estadísticas universitarias*. 2020.
84. Navarro-Mora M, Cartes-Velásquez R. Expectativas de especialización profesional en estudiantes de Odontología. Revisión de la literatura. *Rev Estomatol Herediana*. 2015;25:158-66.
85. Zarchy M, Kinnunen T, Chang BM, Wright RF. Increasing predoctoral dental students' motivations to specialize in prosthodontics. *J Dent Educ*. 2011;75:1236-43.
86. Lambert EM, Holmboe ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med*. 2005;80:797-802.
87. Interterritorial C, Nacional S. Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf
88. MSCBS. Recomendaciones de seguridad del paciente y profesionales en procedimientos intervencionistas en la fase de transición de la pandemia COVID-19. Documento técnico. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Procedimientos_intervencionistas.pdf
89. Javier CM, José María MC, Berta CA. Encuesta COVID-19 y práctica-dental en la primera oleada epidémica en España 2020. *RCOE*. 2021;1:224-31.

90. Muiño AC, Adler LI, Cazeau P, Celnik R, Fernández Monjes J, Gumiela A, et al. Profesionales de Odontología y la COVID-19: Resultado de una encuesta. *Rev Ateneo Argent Odontol* . 2021;64:56-63.
91. 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. 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-infection-prevention-primary-care-dental-clinics-pharmacy-october-2020.pdf>
92. Harada Y, Iwashita H, Prajapati D, Sugishita T. Dentists' situation and their needs during the COVID-19 pandemic in Nepal: an online questionnaire survey. *BMC Oral Health*. 2022;22:1-12.
93. Moraes RR, Cuevas-Suárez CE, Escalante-Otárola WG, Fernández MR, Dávila-Sánchez A, Grau-Grullon P, et al. A multi-country survey on the impact of COVID-19 on dental practice and dentists' feelings in Latin America. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1-12.
94. Zaheer U, Shahbaz M, Zaheer N, Israr J, Riaz A, Yaqub A, et al. Knowledge, attitude, and behaviour of dentists working during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Work*. 2022;72:1153-61.
95. Sotomayor-Castillo C, Li C, Kaufman-Francis K, Nahidi S, Walsh LJ, Liberali SA, et al. Australian dentists' knowledge, preparedness, and experiences during the COVID-19 pandemic. *Infect Dis Health*. 2022;27:49-57.
96. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological aspects and psychological reactions to COVID-19 of dental practitioners in the northern Italy districts of Modena and Reggio Emilia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:3459.
97. Bsoul EA, Challa SN, Loomer PM. Multifaceted impact of COVID-19 on dental practice: American dental care professionals prepared and ready during unprecedented challenges. *J Am Dent Assoc*. 2022;153:132-43.
98. Chen J, Qi T, Liu L, Ling Y, Qian Z, Li T, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *J Infect*. 2020;80:e1-6.

99. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, Latash J, Davidson A, Guerra K, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69:923-9.
100. COVIDental Collaboration Group. The COVID-19 pandemic and its global effects on dental practice. An International survey. *J Dent.* 2021;114:103749.
101. Schmidt J, Waldova E, Balkova S, Suchanek J, Smucler R. Impact of COVID-19 on Czech Dentistry: A nationwide cross-sectional preliminary study among dentists in the Czech Republic. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:9121.
102. Candeiro GT, Neri JR, de Carvalho BM, Feijão CP, Avelar RL, Lemos JV, et al. Repercussions of COVID-19 in brazilian dentists' personal and professional routines: An online survey. *J Contemp Dent Pract.* 2021;22:491-500.
103. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: a survey study. *Braz Oral Res.* 2020;34:e054.
104. Schwendicke F, Krois J, Gomez J. Impact of SARS-CoV2 (Covid-19) on dental practices: Economic analysis. *J Dent.* 2020;99:103387.
105. Gobierno de España. Balance mensual de la afiliación. 2021.
106. Consejo General de Dentistas de España. Presentación del estudio la salud bucodental en España 2020. 2019. Disponible en: <https://consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/490-presentacion-del-estudio-la-salud-bucodental-en-espana-2020.html>
107. Bontà G, Campus G, Cagetti MG. COVID-19 pandemic and dental hygienists in Italy: a questionnaire survey. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:994.
108. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A, Campus G. COVID-19 Outbreak in North Italy: An overview on Dentistry. A questionnaire survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17.
109. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R, Geisinger ML, Ioannidou E, Vujicic M, et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc.* 2020;151:815-24.

110. Centers for Disease and Control and Prevention. Summary of infection prevention practices in dental settings: Basic expectations for safe care 2020.
111. The New York Times. The workers who face the greatest Coronavirus risk. 2020. Disponible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>
112. Wong SCY, Kwong RT-S, Wu TC, Chan JWM, Chu MY, Lee SY, et al. Risk of nosocomial transmission of coronavirus disease 2019: an experience in a general ward setting in Hong Kong. *J Hosp Infect.* 2020;105:119-27.
113. 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;382:1199-207.
114. Samaranayake LP, Reid J, Evans D. The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. *ASDC J Dent Child.* 1989;56:442-4.
115. Ferneini EM, Goldberg MH. The Future of Our Specialty: Is oral and maxillofacial surgery in jeopardy? *J Oral Maxillofac Surg.* 2020;78:323-4.