

(1) Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital General de Puebla Dr Eduardo Vázquez N. Puebla, Mexico.

(2) Centro de Salud de Servicios Ampliados La Libertad. Puebla, Mexico.

(3) Escuela de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Mexico.

(4) Servicios de Salud del Estado de Puebla. Puebla, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/13368>

References

- Gurdasani D, Alwan NA, Greenhalgh T, Hyde Z, Johnson L, McKee M, et al. School reopening without robust COVID-19 mitigation risks accelerating the pandemic. *Lancet*. 2021;397(10280):1177-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00622-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00622-X)
- Zhou L, Aye SK, Chidambaram V, Karakousis PC. Modes of transmission of SARS-CoV-2 and evidence for preventive behavioral interventions. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):496. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06222-4>
- Esposito S, Cotugno N, Principi N. Comprehensive and safe school strategy during COVID-19 pandemic. *Ital J Pediatr*. 2021;47(1):6. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-00960-6>
- Gillespie DL, Meyers LA, Lachmann M, Redd SC, Zenilman JM. The experience of 2 independent schools with in-person learning during the COVID-19 pandemic. *J Sch Health*. 2021;91(5):347-355. <https://doi.org/10.1111/josh.13008>
- Volpp KG, Kraut BH, Ghosh S, Neatherlin J. Minimal SARS-CoV-2 transmission after implementation of a comprehensive mitigation strategy at a School - New Jersey, August 20-November 27, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(11):377-81. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7011a2>

Enjuagues antisépticos bucales como medida de control frente a la transmisión de SARS-CoV-2 en la atención odontológica

Señor editor: La cavidad bucal juega un papel fundamental en la colonización por el virus SARS-CoV-2 y en la transmisión e infección de Covid-19.¹ De acuerdo con la Administración de Seguridad y Salud

Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés), los odontólogos y asistentes dentales son clasificados como trabajadores con riesgo muy alto a la exposición al SARS-CoV-2.² Esto se deriva de la corta distancia física entre el odontólogo y el paciente durante el tratamiento, del tiempo prolongado de cercanía, de la exposición a saliva y de la manipulación de dispositivos e instrumentos que pueden generar gotas y aerosoles.¹ Debido a esto, los odontólogos han reforzado sus barreras de protección, las cuales incluyen cubrebocas quirúrgicos N95, caretas, gorros, bata quirúrgica desechable, respiradores, protectores faciales, cubre zapatos, entre otras.³⁻⁵

A pesar de estas medidas de protección, adicionalmente, la *World Health Organization*,³ la *American Dental Association*⁴ y la Secretaría de Salud del Gobierno de México⁵ recomiendan el uso de enjuagues antisépticos bucales previo a cualquier manipulación en boca, con la finalidad de reducir la carga viral de SARS-CoV-2 en cavidad oral, nasofaringe y orofaringe. Los agentes antisépticos bucales sugeridos son: 15 ml de peróxido de hidrógeno al 1%, 9 ml de yodopovidona al 0.5%, 15 ml de clorhexidina al 0.12%, y 15 ml de cloruro de cetilpiridinio al 0.05%, todos durante 30 segundos.¹

La reducción de la carga viral en cavidad oral tiene un impacto en el riesgo asociado con la transmisión e infección de SARS-CoV-2.³⁻⁵ Primero, al ser menor la carga viral se ha observado una menor gravedad de Covid-19.⁶ Segundo, la cantidad de partículas del virus expulsadas por el portador podría reducirse parcialmente y, por tanto, los aerosoles tendrían menos viriones.⁶ Esto último se considera debido a que el número de receptores de la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE-2) es mayor en las glándulas salivales en comparación con otros órganos, como los pulmones.⁶

Actualmente se realizan diversos ensayos clínicos para evaluar cuál de todos los antisépticos reduce más la carga viral de SARS-CoV-2; sin embargo, consideramos que los beneficios de cualquiera de ellos superan efectos secundarios. Por tanto, su implementación en pacientes debe ser prioridad previa a la atención odontológica.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Sarah M Lomeli-Martínez, PhD,⁽¹⁻³⁾
Juan R Gómez-Sandoval, PhD,⁽¹⁾
juan.ramongom@academicos.udg.mx

(1) Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

(2) Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara. Ocotlán, Jalisco, México.

(3) Departamento de Bienestar y Desarrollo Sustentable, Centro Universitario del Norte, Universidad de Guadalajara. Colotlán, Jalisco, México.

<https://doi.org/10.21149/13396>

Referencias

- Vergara-Buenaventura A, Castro-Ruiz C. Use of mouthwashes against COVID-19 in dentistry. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020;58:924-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.08.016>
- Administración de Seguridad y Salud Ocupacional. Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19. Washington, D.C.: OSHA, 2020 [citado octubre 30, 2021]. Disponible en: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3992.pdf>
- World Health Organization. Considerations for the provision of essential oral health services in the context of COVID-19. Ginebra: WHO, 2020 [citado octubre 30, 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-oral-health-2020>
- American Dental Association. ADA adds frequently asked questions from dentists to coronavirus resources. Chicago, IL: ADA, 2020 [citado octubre 30, 2021]. Disponible en: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020/march/ada-adds-frequently-asked-questions-from-dentists-to-coronavirus-resources>
- Pérez-Vega R, Luna-Barrientos CL, Tapia-Alquicira D. Manual de bioseguridad. México: Secretaría de Salud del Gobierno de México

[citado octubre 30, 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/564031/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD_DIV_ESTOMATO-ORTODONCIA.pdf
6. Herrera D, Serrano J, Roldán S, Sanz M. Is the oral cavity relevant in SARS-CoV-2 pandemic? *Clin Oral Investig.* 2020;24(8):2925-30. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03413-2>

Exacerbación de las inequidades educativas en tiempos de Covid-19

Señor editor: En esta carta queremos exponer brevemente los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 (Ensanut 2020 sobre Covid-19)¹ respecto al acceso de niños, niñas y adolescentes a la educación a distancia durante los primeros meses de la pandemia en México. Además, reflexionamos sobre el impacto de las medidas de control de la pandemia en estos grupos de población y cuestionamos la justificación técnica de haber mantenido las escuelas cerradas por más de un año en nuestro país. Nos gustaría plantear a nuestros colegas salubristas y epidemiólogos que debemos ser más vocales sobre este tema que ha afectado a 30 millones de estudiantes en nuestro país y, en especial, a los más vulnerables. La educación es un determinante social de la salud, además de ser un derecho humano.²

En México, 53.1% de los hogares tienen personas en edad escolar,¹ lo que representa a 18.9 millones de hogares que han sido afectados por el cierre total de las escuelas. Para subsanar esta afectación, el Estado mexicano implementó la plataforma virtual "Aprende en Casa", la cual cuenta con programación televisiva y radiofónica de contenidos educativos. Sin embargo, uno de cada cinco hogares con niños en edad escolar reportó que, durante los meses de marzo a junio de 2020,¹ los niños no tomaron clases a distancia, ni por televisión ni en la plataforma.

Por otro lado, esta no asistencia a clases tuvo un gradiente social marcado. Por ejemplo, se observó que los escolares de 63.7% de los hogares en municipios de muy alta marginación no asistieron a clases a distancia comparado con sólo 13.3% de los hogares en municipios de muy baja marginación. Se observó un gradiente similar al estratificar por otras variables como residencia urbano-rural, educación del jefe del hogar y por lengua indígena. Sabemos, además, que 16% de los niños entre 3 y 18 años no se inscribieron al ciclo escolar 2020-2021.³ Para aquellos niños que lograron terminar el año escolar a distancia, la evidencia sugiere que aprendieron poco, comparado con un año escolar en modalidad presencial.⁴ Estos datos apuntan a un retroceso educativo y a la exacerbación en las inequidades educativas y sociales en el país.

Cabe señalar que las medidas dispuestas a inicios de la pandemia se tomaron con información y conocimientos limitados sobre el virus. En el caso del cierre de las escuelas, el punto de partida fue la evidencia sobre la epidemiología de la influenza; se asumió que los niños serían un grupo vulnerable al virus y un potencial vector. Sin embargo, la evidencia que se acumuló durante los primeros meses de pandemia sobre la epidemiología del Covid-19 confirmó que no existía una justificación técnica para mantener las escuelas cerradas indefinidamente. Los niños son menos susceptibles al contagio por SARS-CoV-2⁵ y, si se contagian, tienen menos riesgo de complicaciones, hospitalización y muerte, en contraste con los adultos. Asimismo, la tasa de letalidad para niños de 10 años es de 0.002% (2 de cada 100 000 casos).⁶ Con respecto a la mortalidad de este grupo etario, en México podemos constatar que en 2020 murieron más del doble de menores de 20 años por accidentes que por Covid-19.⁷ Además, en México no

se ha registrado un exceso de mortalidad en las personas menores de 20 años, por el contrario, el número de defunciones esperadas disminuyó.⁸ Con esta evidencia, la gran mayoría de los países del mundo priorizaron la reapertura de las escuelas antes que muchas otras actividades, aun aquellos países que sufrieron repuntes de la pandemia, nuevas variantes y presión a sus sistemas de salud. Los cierres totales de escuelas al 30 de abril de 2021 llegaban a 10 semanas en España, 15 semanas en el Reino Unido y 25 semanas en la India, mientras que en México sumaban 47 semanas y continuaron cerradas por varias semanas más.⁹

Por otro lado, la evidencia también se acumuló en torno al efecto de reabrir escuelas sobre la transmisión comunitaria. Una revisión sistemática de 40 estudios mostró que en 75% de ellos, la reapertura de escuelas no incrementó el riesgo de transmisión comunitaria, especialmente cuando se siguieron medidas de mitigación.^{10,11} Mucho se argumentó sobre el contagio de profesores y adultos que viven con niños, sin embargo, se mostró que los maestros tienen un riesgo de contagio similar al de otras ocupaciones de oficina, aun sin vacunación; se demostró también que el riesgo de contagio de adultos que viven con niños disminuye cuando las escuelas aplican medidas de mitigación.^{12,13} En el contexto mexicano, los maestros fueron priorizados para vacunación, incluso así, el regreso a clases no fue inmediato.

En conclusión, el cierre total y prolongado de escuelas en México durante la pandemia de Covid-19 afectó a la población más vulnerable de forma desproporcionada y probablemente exacerbó las inequidades educativas y sociales ya existentes en nuestro país. Esto, junto con la evidencia científica disponible sobre la epidemiología del virus en niños, subraya la necesidad de priorizar la educación de forma presencial, de