

Pautes per a logopedes per al maneig de la persona amb SARS-CoV-2/COVID-19



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

Última actualització: 22 de maig de 2020

Coordinació i edició:

Col·legi de Logopedes de Catalunya
Sotsdeganat
Vocalia de Salut
Direcció tècnica

Redacció:

Natàlia Talleda
Alba Badell
Ivet Clemente
Natàlia Fina
Carme López

Revisió:

Núria Oriol
Viridiana Arreola



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència Creative Commons de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

ÍNDEX

1. Introducció	4
2. Aspectes generals de la SARS-CoV-2/COVID-19	5
2.1 Què és la SARS-CoV-2/COVID-19?	5
2.2 Com es transmet la COVID-19?	6
3. La logopèdia enfront de la SARS-CoV-2/COVID-19	7
3.1 Augment de les necessitats d'assistència logopèdica per atendre aquelles persones que pateixen COVID-19 o les seves seqüeles	7
3.2 Adaptació a les noves condicions de la clínica logopèdica derivades del risc de contagi	10
4. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en els diferents nivells assistencials	14
4.1 Principis generals per a la pràctica de la clínica diària en tots els àmbits assistencials	14
4.2 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en l'atenció de crítics	18
4.3 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en aguts	21
4.4 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en hospital sociosanitari i residències geriàtriques	23
4.5 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en atenció no hospitalària	29
5. Conclusions	33
BIBLIOGRAFIA	34
AGRAÏMENTS	36
ANNEX	37
Annex 1. Infografies sobre procediments, patologies i intervenció logopèdica en els diferents nivells assistencials	37
Annex 2. Qüestionari a contestar pel pacient prèvia cita al centre	43

1. Introducció

Des del Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC) som conscients dels reptes que comporta dur a terme la nostra professió amb persones amb la COVID-19 i, alhora, desenvolupar-la amb seguretat per tal de no fomentar la propagació del virus SARS-CoV-2/COVID-19.

Per aquest motiu hem elaborat aquest document amb l'objectiu de recopilar eines, recomanacions i orientacions sobre l'avaluació i rehabilitació logopèdica de totes aquelles persones afectades per la COVID-19 que necessiten la nostra atenció i rehabilitació, tot garantint les màximes mesures de seguretat.

Aquesta documentació va dirigida a logopedes que presten assistència tant en l'àmbit hospitalari com extrahospitalari (centres sociosanitaris, atenció primària, atenció domiciliària, residències de gent gran, centres concertats i centres privats), ja que ens trobem davant d'una situació desconeguda per a tots, que avança molt ràpidament i que requereix actuar amb la màxima determinació.

La informació plasmada en aquesta guia està basada en la recopilació d'evidència científica i guies publicades en organitzacions científiques nacionals i internacionals.

Donada la situació de canvis constants que suposa la nova malaltia, aquesta documentació queda oberta a possibles modificacions en un futur imminent. Des del CLC agraïm la retroalimentació amb què pugueu contribuir respecte a aquest document per tal de continuar acompanyant-vos en aquest procés.

2. Aspectes generals de la SARS-CoV-2/COVID-19

2.1 Què és la SARS-CoV-2/COVID-19?

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la COVID-19 és una malaltia infecciosa causada per un coronavirus descobert recentment: el SARS-CoV-2. Tant el nou virus com la malaltia eren desconeguts abans que s'iniciés el brot a Wuhan (Xina) al desembre de 2019.¹

La COVID-19 afecta les persones de maneres diferents. La majoria de les persones infectades desenvolupen malalties respiratòries lleus o moderades i es recuperen sense hospitalització.

Els símptomes més habituals són:

- febre
- tos seca
- cansament

Els símptomes menys comuns són:

- dolors musculars i malestar
- odinofàgia
- diarrea
- conjuntivitis
- mal de cap
- pèrdua del gust i l'olfacte
- erupció a la pell o decoloració dels dits de les mans i els peus

Els símptomes greus són:

- dificultat per respirar o falta d'alè
- dolor o pressió al pit
- pèrdua de parla o de moviment

Algunes persones que s'infecten no desenvolupen cap símptoma. La majoria de les persones (al voltant del 80 %) es recupera de la malaltia sense necessitat de fer cap tractament especial.

¹ Podeu trobar més informació de la descripció de la COVID-19 per part de l'OMS aquí:
World Health Organization. (2020). Coronavirus. Disponible a: <<https://bit.ly/3dZqiga>>.
World Health Organization. (2020). COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/2LMceL0>>.

Al voltant del 5 % de les persones que contrauen la COVID-19 desenvolupa una malaltia greu i té dificultats per respirar. Les persones grans i que pateixen afeccions mèdiques subjacents, com hipertensió arterial, problemes cardíacs o diabetis, tenen més probabilitats de desenvolupar una malaltia greu. Al voltant del 2 % de les persones que han contret aquesta malaltia ha mort.²

En diferents guies i articles científics s'estan descrivint altres tipus de simptomatologia, però la seva freqüència i grau de causalitat estan encara per determinar, així com la possibilitat i gravetat de síndromes o seqüeles post-COVID. Encara trigarem a conèixer la rellevància i la magnitud de la COVID-19.³

2.2 Com es transmet la COVID-19?

Les investigacions fetes fins ara indiquen que el virus es transmet principalment a través del contacte amb gotes de secrecions infectades. Les secrecions orals i nasofaríngies, inclosa la saliva, i les secrecions respiratòries, com l'esput i la mucositat, poden ser agents per a un alt despreniment viral en les etapes inicials de la malaltia.

El virus també es pot transmetre com a petites partícules a l'aire en forma d'aerosol (és a dir, quan el virus que conté la secreció se suspèn en l'aire).⁴

Aquests modes de transmissió són particularment rellevants per a la pràctica de la logopèdia donat que molts procediments realitzats pels logopedes requereixen una gran proximitat a la persona, el contacte amb les membranes mucoses i el contacte potencial amb fluids corporals com la saliva i les gotes respiratòries.

² Més informació del Ministeri de Sanitat aquí:

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2020). Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento. <<https://bit.ly/366TGyu>>.

³ Podeu trobar més informació aquí:

- Azorín, D. G. & Ezpeleta, D. (2020). *Breve introducción histórica. Manual COVID-19 para el neurólogo general, 1*. Ediciones SEN: Madrid.
- Carsana, L., Sonzogni, A., Nasr, A., Rossi, R., Pellegrinelli, A., Zerbi, P. [et al.]. (2020). Pulmonary post-mortem findings in a large series of COVID-19 cases from Northern Italy. *medRxiv*. <<https://doi.org/10.1101/2020.04.19.20054262>>.
- Zhao, H., Shen, D., Zhou, H., Liu, J. & Chen, S. (2020). Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? *The Lancet Neurology*, 19(5), 383-384.

⁴ Més informació sobre la transmissió: Organización Mundial de la Salud. (2020). Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones. Disponible a: <<https://bit.ly/2yb6l6P>>.

3. La logopèdia enfront de la SARS-CoV-2/COVID-19

La pandèmia de la SARS-CoV-2/COVID-19 ens planteja noves necessitats en el desenvolupament de la nostra tasca com a logopedes: nous protocols, noves maneres d'actuar, reorganització dels serveis i noves formes d'intervenció.

Aquestes noves necessitats venen donades per dos motius principals:

- L'augment de les necessitats d'assistència logopèdica per atendre aquelles persones que pateixen o han patit la COVID-19 i les seqüeles que se'n deriven.
- L'adaptació a les noves condicions de la clínica logopèdica derivades del risc de contagi.

3.1 Augment de les necessitats d'assistència logopèdica per atendre aquelles persones que pateixen COVID-19 o les seves seqüeles

La logopèdia és una professió sanitària reconeguda i regulada per la Llei 44/2003 de 21 de novembre d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS) que s'ocupa de la prevenció, detecció, avaluació, diagnòstic i tractament de les alteracions de la comunicació i funcions associades mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. La seva activitat es desenvolupa en serveis sanitaris, sociosanitaris, educatius i també per compte propi, atenent població de totes les edats sigui quina sigui la causa de les seves dificultats de comunicació i funcions associades.⁵

Els logopedes han de conèixer quins símptomes i seqüeles presenten les persones que tenen o han tingut la COVID-19 i quines de les nostres prestacions necessiten per tal de donar-hi una resposta adequada. Tenim un paper fonamental enfront de la COVID-19 en les seves diferents manifestacions i nivells de gravetat.

La simptomatologia de les persones greument afectades pel virus (odinofàgia, pèrdua del gust i l'olfacte, dificultat per respirar, pèrdua de la parla o el moviment...) i les seqüeles que es generen del virus (disfàgia, anòsmia, disfonia, disgèusia...) fan imprescindible la intervenció d'un logopeda.

Encara que la majoria dels casos presenten quadres lleus o sense complicacions de la COVID-19, s'estima que al voltant del 14 % dels casos presenten infecció respiratòria

⁵ Més informació: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Perfil professional del logopeda. Disponible a: <<https://bit.ly/3g2pHfo>>.

aguda greu, que pot requerir hospitalització i oxigenoteràpia, mentre que en el 5 % dels casos es requereix ingrés a la unitat de cures intensives.⁶

Fins al 20 de maig de 2020 a Espanya en total hi havia 231.606 persones contagiades per la COVID-19 (confirmades per PCR positiva), 150.376 persones recuperades, 125.233 persones hospitalitzades i 11.437 a unitat de cures intensives.⁷

A Catalunya fins al 20 de maig del 2020 hi havia 62.978 casos positius acumulats de coronavirus SARS-CoV-2. D'altra banda, hi havia un total de 206.494 casos possibles d'infecció de coronavirus, eren persones que presentaven símptomes i que, sense prova diagnòstica feta, un professional facultatiu classificava com a possible cas. Des de l'inici de l'epidèmia fins ara, un total de 4.005 persones han estat ingressades de gravetat; actualment són 265.⁸

Aquestes dades ens indiquen que ens trobem davant d'una necessitat imminent de proporcionar una rehabilitació logopèdica eficaç i adequada per assegurar la màxima recuperació al gran volum de persones que es recuperen de la malaltia i que ho faran durant les properes setmanes i mesos.

Cal també tenir en compte que la necessitat de rehabilitació pot augmentar si hi ha antecedents mèdics, malalties cròniques o empitjorament de la salut degut a l'envelliment.

En aquests moments també tenim l'oportunitat de dissenyar, crear i/o millorar diferents protocols d'atenció i rehabilitació multidisciplinaris.

Les persones que han patit la COVID-19, especialment en el seu estadi més greu, necessiten i necessitaran rehabilitació com a conseqüència de l'ús de respiradors i de períodes perllongats d'immobilització i repòs al llit. Algunes de les alteracions que poden presentar són:

- Deteriorament de la funció pulmonar.
- Desacondicionament físic i debilitat muscular.
- Quadres confusionals i altres dèficits cognitius.

⁶ Més informació: World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. Disponible a: <<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272156/retrieve>>.

⁷ Més informació: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Situación actual. Disponible a: <<https://bit.ly/2TqbhME>>. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). COVID-19 en España. Niveles de gravedad. Disponible a: <<https://bit.ly/2ykfha6>>.

⁸ Més informació: CatSalut. Servei Català de la Salut. (2020). Comunicat del Departament de Salut. Disponible a: <<https://bit.ly/2TpxYQS>>.

- Disfàgia i dificultats per comunicar-se.
- Trastorns de la salut mental i necessitat de suport psicosocial.

A mesura que es coneixen les seqüeles de la COVID-19 s'observa una proporció notable de símptomes neurològics. Les dades clíniques emergents suggereixen que aproximadament entre el 25 i el 30 % dels supervivents de COVID-19 presenten nous dèficits neurològics.

S'han reportat diversos signes neurològics que inclouen l'agitació i la confusió, el deteriorament de la consciència, l'alteració de les funcions executives superiors, esdeveniments cerebrovasculars aguts, encefalopatia, miopatia / neuropatia i hipòxia del malalt crític, trastorns cognitivocomunicatius i disfàgia.⁹

Les tasques que un logopeda pot dur a terme amb les persones que tenen o han tingut la COVID-19 són molt àmplies:¹⁰

- Avaluació i maneig de la disfàgia postextubació.
- Avaluació i rehabilitació de la disfàgia i la veu per intubació perllongada.
- Avaluació i gestió de la disfàgia després de la descompensació.
- Avaluació i gestió de la disfàgia per compromís respiratori.
- Valoració i gestió de la força respiratòria.
- Valoració i gestió de la coordinació respiració-deglució.
- Gestió de traqueostomies.
- Avaluació i rehabilitació de les funcions bàsiques de la comunicació a causa de la hipòxia cerebral.
- Implementació de sistemes alternatius i augmentatius de comunicació (SAAC).
- Prevenció, detecció i seguiment del deliri.
- Preparació i planificació de l'alta, incloent-hi la seguretat en l'alimentació i els suports de cuidador.

⁹ Més informació: Royal College of Speech Language Therapists. (2020). COVID-19 speech and language therapy rehabilitation pathway. Part of The Intensive Care Society Rehabilitation Working Party. Disponible a: <<https://bit.ly/3cRReOK>>.

¹⁰ Més informació: Kho, M. E., Brooks, D., Namasivayam-MacDonald, A., Sangrar, R. & Vrkljan, B. (2020). Rehabilitation for Patients with COVID-19. Guidance for Occupational Therapists, Physical Therapists, Speech-Language Pathologists and Assistants. School of Rehabilitation Science, McMaster University. <<https://bit.ly/2XcoCJw>>.

És important destacar que la nostra intervenció logopèdica facilitarà que es pugui assolir un bon estat nutricional i d'hidratació mitjançant la modificació de la textura dels aliments, canvis i recomanacions posturals, maniobres compensatòries i rehabilitació dels òrgans bucofonadors adequats a cada persona.

3.2 Adaptació a les noves condicions de la clínica logopèdica derivades del risc de contagi

Els logopedes han de conèixer els procediments i activitats clíniques que estan associades amb els diferents modes de transmissió del virus, per saber quines precaucions de control d'infeccions s'han d'adoptar.

Les adaptacions a les noves condicions de la clínica logopèdica derivades del risc de contagi es poden resumir en les actuacions següents:

- Minimització dels procediments generadors d'aerosols (AGP).
- Utilització dels equips de protecció individual (EPI).
- Incorporació de modalitats d'assistència no presencials o semipresencials.

Minimització dels procediments generadors d'aerosols (AGP)

Un procediment de generació d'aerosols (*Aerosol Generating Procedures-AGP*) és un procediment que dona lloc a l'alliberament de partícules a l'aire. Un exemple pot ser la tos o els esternuts. Els AGP poden generar un risc de transmissió d'infeccions a l'aire, que generalment només s'estenen per transmissió de gotes.

Cal recordar que la transmissió del SARS-CoV-2/COVID-19 pot ser per secrecions aerosolitzades o per contacte de gotes infectades amb membranes mucoses (és a dir, mitjançant la respiració a la boca o el nas, per gotes als ulls o per gotes recollides a les mans que es transmeten a la boca, el nas o els ulls).

Molts dels procediments que es porten a terme als serveis de logopèdia poden ser considerats mètodes potencialment generadors d'aerosols, uns perquè el procediment en si genera i dispersa aerosols i d'altres perquè el procediment indueix la persona a generar-ne. Aquests procediments són¹¹:

¹¹ Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible a: <<https://bit.ly/2ThpP0T>>.



- Prova de reflex de la tos. Cal destacar que aquest és un procediment que genera un aerosol de gran risc i s'ha de suspendre durant la pandèmia.¹²
- Avaluació clínica de la deglució, incloses les avaluacions de disfàgia a peu de llit, que poden incloure la cura de la boca.
- Avaluació clínica de la comunicació i de la funció motora oral.
- Estudi videofluoroscòpic (VFSS).
- Nasoendoscòpia per fibroendoscòpia (FEES) o laringoscòpia flexible amb o sense videostroboscòpia.
- Avaluació dels suports necessaris per a l'assistència en el menjar.
- Atenció i gestió de la traqueostomia amb o sense ventilació mecànica.
- Valoració i/o intervenció de la deglució o comunicació amb persones que requereixin ventilació no invasiva, suport respiratori mitjançant ulleres nasals i/o mascareta d'oxigen.
- Valoració i/o intervenció de la veu: disfonies.
- Valoració i/o intervenció de la deglució en persones amb problemes de control de la saliva.
- Valoració i/o intervenció de la comunicació amb persones que presenten dificultats comunicatives.

Les limitacions que ens trobem per dur a terme proves instrumentals que diagnostiquen la disfàgia orofaríngia en persones afectades per la COVID-19 col·loca els logopedes en un escenari essencial d'actuació on és fonamental la pràctica i l'expertesa en l'avaluació clínica de la deglució, mitjançant proves de cribratge complementades amb una exploració clínica i una avaluació morfoestructural.

A continuació s'exposen les limitacions de les proves instrumentals i clíniques en l'avaluació de persones afectades per la COVID-19:

Videofluoroscòpia

A causa del risc de transmissió que comporta fer venir una persona a l'hospital o ser traslladada a radiologia, a més de la necessitat de descontaminació per fer l'estudi, s'han de tenir en compte els elements següents:

¹² Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible a: <<https://bit.ly/2ThpP0T>>.



- Valorar el risc de cada sol·licitud de VFS per determinar si l'avaluació és essencial. Considerar només derivacions urgents de VFS quan l'avaluació clínica no ha estat suficient per poder diagnosticar i donar recomanacions de tractament i, per tant, hi hagi un risc de broncoaspiració i de desnutrició o deshidratació per disfàgia i/o dubtes raonables per poder començar la nutrició oral.
- Animar la persona a ser autònoma en l'administració del bol alimentari, amb l'explicació convenient de la seqüència dels diferents bols a seguir durant la prova. Només en els casos en què el pacient no tingui autonomia, el logopeda serà present durant l'estudi amb la protecció adequada.
- Pensar en la planificació dels procediments VFS al final de les sessions per minimitzar l'impacte dels temps de neteja. Entregar l'informe al sortir de la visita o enviar-lo per correu o bé adjuntar-lo al sistema informàtic per evitar que la persona hagi de tornar a recollir-lo.

Endoscòpia

Les proves existents indiquen que la densitat viral de COVID-19 és més gran en el nas i la nasofaringe.

Durant la pandèmia, s'han de suspendre tots els procediments relacionats amb el contacte primari i l'endoscòpia conjunta (FEES, avaluació endoscòpica de les clíniques de veu mitjançant laringoscòpia flexible amb o sense videostroboscòpia) a causa de l'alt risc de transmissió de virus.

Utilització dels equips de protecció individual (EPI)

Tot el personal que tingui contacte directe amb persones sospitoses o positives per SARS-CoV-2/COVID-19 hauria de conèixer els requisits de l'EPI i estar entrenat en l'elaboració i eliminació del material d'acord amb la normativa vigent segons l'àmbit assistencial.

Es recomana fer ús del material següent¹³:

¹³ Més informació dels protocols i procediments a seguir:

- World Health Organization. (2020). Equipo de protección personal. Disponible a: <https://bit.ly/2AEHI3s>.
- Sesión de asesoramiento COVID-19: "Medidas de protección aplicadas a la práctica logopédica", a cargo de Javier Bueno Herrera, logopeda en Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, organizada por el Consejo General de Colegios de Logopedas. Disponible a: <https://bit.ly/2X02K3O>.



- Uniforme, bata i calçat del centre (cal canviar-lo cada jornada).
- Botes de plàstic (en cas de no tenir-ne, assegurar-se de portar un calçat tancat, resistent als líquids, i utilitzar peücs de plàstic per cobrir el calçat).
- Davantals de plàstic d'un sol ús a cada pacient.
- Casquets de plàstic per cobrir el cabell.
- Màscara FFP2+màscara quirúrgica.
- Protecció ocular / visera facial.
- Doble guant quirúrgic (guant inferior una talla i llargada més petita que el superior).
- Maniguets i peücs.

Els EPI no s'han de portar fora de les zones COVID-19.

Incorporació de modalitats d'assistència no presencials o semipresencials

La contenció del virus ens està limitant les possibilitats de rehabilitar la comunicació tant en malalts que han sigut COVID-19 positiu com negatiu. Probablement és el moment de recórrer a la telesalut (ús de telecomunicacions i tecnologia virtual) per poder atendre totes aquelles persones que es troben al domicili i que necessiten els nostres serveis.¹⁴

En aquest sentit, s'aconsella revisar la *Guía teleasistencia logopedia COVID-19* elaborada pel Colegio de Logopedas de Murcia i publicada pel Consejo General de Colegios de Logopedas.¹⁵

-
- Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio Profesional de Logopedas de Galicia. (2020). Medidas para la reapertura de las consultas de logopedia. Disponible a: <<https://bit.ly/2Awb6Zt>>.

¹⁴ Más información: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2020). Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/2WGSX3S>>.

¹⁵ Consejo General de Colegios de Logopedas i Colegio de Logopedas de Murcia. (2020). Guía teleasistencia logopedia COVID-19. Disponible a: <https://logopedasmurcia.es/wp-content/uploads/2020/05/Guia_Teleasistencia_COVID19_CGCL.pdf>.

4. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en els diferents nivells assistencials

És important destacar que la rehabilitació és necessària durant la fase aguda de la malaltia, la subaguda i la recuperació a més llarg termini. A continuació s'exposen els procediments, patologies i intervenció logopèdica a les unitats de crítics i aguts, hospitals sociosanitaris, residències geriàtriques i atenció no hospitalària, precedit de les consideracions prèvies que tot logopeda ha de tenir en compte sigui quin sigui el nivell assistencial de la seva pràctica.

4.1 Principis generals per a la pràctica de la clínica diària en tots els àmbits assistencials

Es recomana que els logopedes facin una avaluació del risc abans de la prestació de serveis clínics per determinar les accions adequades que cal dur a terme i reduir així la transmissió de la SARS-CoV-2/COVID-19.

Cal tenir en compte les accions clau:

- Triar, prioritzar o modificar la programació d'objectius i/o l'abordatge terapèutic.
- Tenir precaucions addicionals per evitar la transmissió de gotes i aerosols.
- Assessorar-se i actualitzar-se sobre la SARS-CoV-2/COVID-19 dins el propi àmbit assistencial per donar suport a la seguretat i el benestar de les persones usuàries del servei i del logopeda.

L'avaluació i el tractament de la disfàgia, la higiene oral i els trastorns de comunicació i de la veu s'haurien de considerar procediments que impliquen AGP.

Quan la valoració presencial és essencial, es recomana seguir aquestes pautes:

- Fer observacions visuals i perceptives a 1,5 metres del pacient.
- En lloc de palpació laríngia, observar quantes deglucions fa la persona.
- Observar els canvis en la qualitat vocal.
- Preguntar a la persona per les seves impressions.
- Observar la freqüència respiratòria.

- Si és essencial per desenvolupar una valoració clínica, demanar a la persona que obri la boca per verificar que la cavitat oral estigui buida. Mantenir la distància d'1,5 m.¹⁶
- Ser prudent en l'avaluació de la deglució, per exemple: per evitar la tos, comencem amb consistències més segures.
- Fer servir el curs clínic per recollir tota la informació mèdica del pacient i optimitzar les interaccions presencials per decidir quin abordatge és el més adient
- Millor seure al costat de la persona en lloc de davant mantenint una distància segura.
- Considerar estratègies per limitar la interacció a 15 minuts o menys.

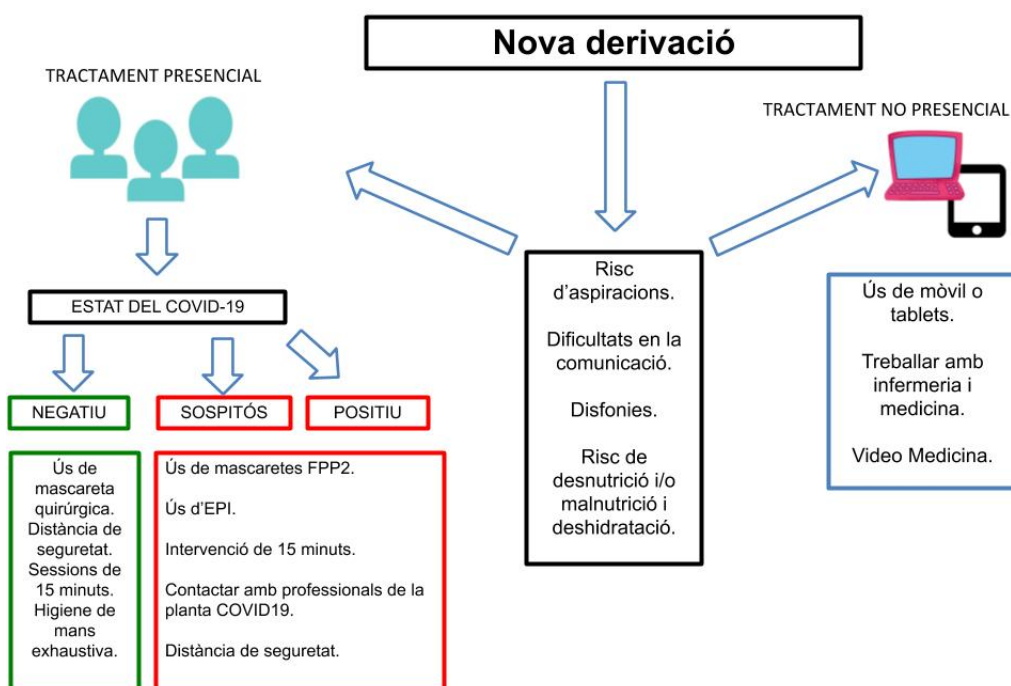


Figura 1. Principis generals per a la pràctica clínica diària en tots els àmbits assistencials

¹⁶ Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible a: <<https://bit.ly/2ThpP0T>>.

En resum, en tota pràctica logopèdica hem de tenir en compte les següents consideracions prèvies per decidir la nostra intervenció (vegeu figura 2):

1. Informar-se sobre l'estat de la Covid-19 del pacient (negatiu, sospitós o positiu).
2. En cas de ser positiu o sospitós, protegir-se amb l'equip de protecció individual (EPI).
3. Prioritzar sempre la valoració telemàtica a la presencial. En cas de ser essencial la presencial, considerar-ne el balanç risc/benefici.

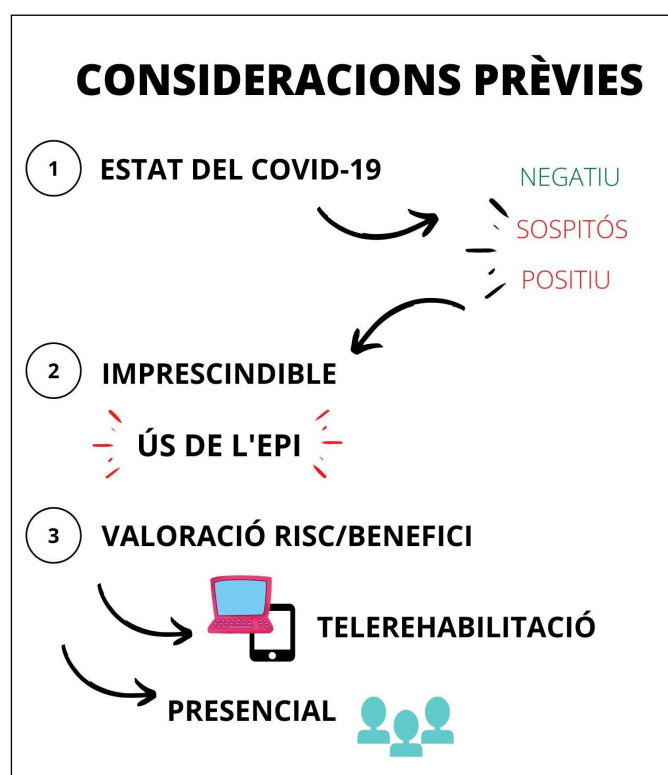


Figura 2. Consideracions prèvies per a la pràctica clínica diària en tots els àmbits assistencials

En els apartats que segueixen, es descriuen els procediments, patologies i intervenció logopèdica en els diferents nivells assistencials (vegeu taula 1). A l'annex hi trobareu infografies que resumeixen els continguts de cadascun dels apartats.

NIVELLS ASSISTENCIALS	
	NO HOSPITALITZACIÓ
<p>CRÍTICS</p> <p>Unitat dotada de sistemes de monitorització integrada per medicina intensiva.</p> <p>AGUTS</p> <p>Hospitalització per a persones amb patologia mèdica complexa que requereix una atenció integral.</p> <p>SOCIOSANITARI / RESIDÈNCIES</p> <p>Hospitalització per a persones amb necessitats socials i sanitàries en situació de dependència.</p>	<p>ATENCIÓ PRIMÀRIA</p> <p>Primer punt d'accés presencial al sistema sanitari públic.</p> <p>CONSULTES EXTERNES</p> <p>Visites a metges especialistes per a usuaris derivats de metge de capçalera.</p> <p>CENTRES CONCERTATS</p> <p>Conjunt de centres sanitaris de titularitat privada, amb els quals el CatSalut contracta la prestació de serveis.</p> <p>CENTRES PRIVATS</p> <p>Centres de provisió privats que ofereixen activitat assistencial.</p>

Taula 1. Relació i descripció dels nivells assistencials del sistema sanitari



4.2 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en l'atenció de crítics

Disfàgia

Un 15 % de les persones amb infecció pel nou coronavirus COVID-19 presenta quadres greus que han de ser atesos en les unitats de cures intensives (UCI) segons la Societat Espanyola de Medicina Intensiva Crítica i Unitats Coronàries.¹⁷ Aquestes infeccions provoquen compromís respiratori significatiu i requereixen l'ús perllongat de vies aèries artificials (VAA) per mantenir una ventilació mecànica invasiva (VMI), mitjançant la intubació orotraqueal (IOT) i/o la traqueostomia (TQT).

Les dues tècniques emprades redueixen la taxa de mortalitat, però la ventilació mecànica perllongada i la durada de l'ingrés a l'UCI contribueixen a canvis en el procés de la deglució de caràcter anatòmic i fisiològic.

Algunes de les causes més freqüents de l'alteració en la mecànica deglutòria en aquestes persones són les següents:

- traumatismes laringofaringis
- compressió del nervi laringi recurrent
- deteriorament sensorial que augmenta el risc d'aspiració silent
- miopatia per desús de la musculatura emprada en la deglució
- descoordinació aerodigestiva

La disfàgia orofaríngia (DO) sovint és present en persones ingressades a l'UCI, de manera que es posa en risc l'eficàcia i/o la seguretat de la deglució i, per tant, augmenta el risc de morbiditat i mortalitat.

Altres factors que incrementen el risc de patir DO¹⁸ són:

¹⁷ Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020). COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/3e4VYRj>>.

¹⁸ Més informació:

- Macht, M., Wimbish, T., Bodine, C. & Moss, M. (2013). ICU-acquired swallowing disorders. *Critical care medicine*, 41(10), 2396-2405.
- Sassi, F. C., Medeiros, G. C. D., Zambon, L. S., Zilberstein, B. & Andrade, C. R. F. D. (2018). Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(3), e1687.
- Chiappero, G., Falduti, A., Cámpora, H., Violi, D., Vázquez, B., Ton, V. [et al.]. (2020). Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en terapia intensiva, recomendaciones de expertos intersocietarias. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37(1), 20-35.



- existència i durada de IOT i/o TQT
- gravetat de la malaltia
- estat de consciència
- medicació analgèsica
- disfàgia prèvia
- aturada perllongada de la ingesta oral
- durada de l'estada hospitalària (+48 h ingressats a l'UCI estan en risc de desnutrició)
- edat avançada (>55 anys)

L'existència de disfàgia orofaríngia en una persona ingressada està associada a una incidència més elevada de pneumònia, reintubació i mortalitat hospitalària. Per tant, una detecció precoç i/o tractament rehabilitador en aquest tipus de malalt pot reduir els riscos de mortalitat i morbiditat, ja que millora l'estat nutricional del pacient i es minimitza l'estada hospitalària.

Per valorar la disfàgia en una persona hospitalitzada a l'UCI, cal tenir presents els següents criteris previs:

- Dur a terme una discussió amb els equips mèdics i d'infermeria i revisar les notes mèdiques.
- Tenir una comunicació regular i programada amb l'equip assistencial per mantenir-se al dia dels problemes i canvis per proporcionar el suport interdisciplinari necessari.
- Rebre formació i/o suport per assegurar una pràctica segura i eficaç.
- Utilitzar el judici professional per valorar quina és la pràctica segura i efectiva en el context específic de cada centre i persona.

Si és necessari el cribratge presencial, recomanem tenir present les consideracions prèvies de l'apartat 4.1 d'aquest document i considerar l'ús de protocols com el Protocol Yale Swallow.¹⁹

¹⁹ Suiter, D. M., Sloggy, J. & Leder, S. B. (2014). Validation of the Yale Swallow Protocol: a prospective double-blinded videofluoroscopic study. *Dysphagia*, 29(2), 199-203.

Actuarem quan la persona presenti:

- estat d'alerta òptim
- 24 h d'extubació
- control laringi
- tolerància del baló desinflat, en cas de dur traqueostomia.

Alteracions de la comunicació

En aquest àmbit assistencial s'enfoca l'atenció sanitària a l'estat patològic de la persona per raons mèdiques, però es desatenen les necessitats emocionals del malalt.

Oferir eines de comunicació en persones ingressades a l'UCI pot millorar el seu benestar i estat psíquic i, per aconseguir-ho, és necessari un equip interdisciplinari.

Fora bo realitzar una valoració específica i atenció individualitzada per poder oferir eines de comunicació a l'abast de cada usuari, com podrien ser aquestes:

- Sistemes augmentatius i alternatius de comunicació (SAAC)²⁰.
- Noves tecnologies, com videotrucades des dels dispositius particulars dels malalts.

²⁰ Original: Patient Provider Communication. (2020). Supporting Communication with Patients who have COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/2zR9rxn>>.

Traducció d'Alba Badell i Ivet Clemente. Logopedes del Servei de Rehabilitació de l'Hospital de Palamós (SSIBE): Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2020). Suport a la comunicació amb pacients amb COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/3cRiz3B>>.

4.3 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en aguts

Disfàgia

Amb la SARS-CoV-2/COVID-19 les plantes d'aguts dels hospitals s'han hagut d'adaptar a grans canvis per poder assumir el volum de persones afectades. A aguts hi trobarem dos fenotips diferents:

- Persones positives per COVID-19 que no han requerit ingrés a l'UCI.
- Persones que han sigut donades d'alta de l'UCI que en fase aguda de la malaltia han necessitat ventilació mecànica i monitorització constant.

Trobem, doncs, persones amb risc alt de disfàgia orofaríngia.

Per fer cribratge de la disfàgia en una persona hospitalitzada a aguts, cal tenir present les consideracions prèvies exposades a l'apartat 4.1 d'aquest document i considerar l'ús de protocols com el Protocol Yale Swallow.²¹

La SARS-CoV-2/COVID-19 genera una nova i gran variabilitat de seqüeles molt significativa i dinàmica. Tot i que no existeixen protocols estandarditzats per disfàgia i COVID-19 i no podem disposar de conclusions definitives, l'objectiu és aconseguir la ingesta oral amb una dieta el menys restrictiva possible i, alhora, segura.

Existeixen tres fenotips de DO²² en aquestes persones:

- Disfàgia postextubació: és un trastorn de la deglució i un problema iatrogènic (és a dir, degut a un o diversos tractaments mèdics, com la IOT perllongada i/o traumàtica), poc identificat, que presenta riscos de complicacions mèdiques greus. Es pot prevenir si s'identifica aviat.
- Disfàgia per descompensació: és la dificultat per empassar de forma segura i/o eficient en portadors de sonda nasogàstrica (SNG), traqueostomia o miopatia del malalt crític (pèrdua de força i amiotròfia).

²¹ Més informació: Suiter, D. M., Sloggy, J. & Leder, S. B. (2014). Validation of the Yale Swallow Protocol: a prospective double-blinded videofluoroscopic study. *Dysphagia*, 29(2), 199-203.

²² Més informació:

- Clavé, P., Arreola, V., Martín, A., Costa, A., Nascimento, W., Carrión, S. [et al.]. (2020). *Procedimientos básicos para evaluar y tratar la disfagia orofaríngea en pacientes con infección por COVID-19. Opinión de expertos*. Guía práctica del Hospital de Mataró, Cataluña, España.
- Irish Association of Speech & Language Therapists. (2020). IASLT COVID-19. Updated Guidance for IASLT Members. Disponible a: <<https://bit.ly/2zPimPI>>.
- Sheffler, K. (2020). Are We Ready for Post-Extubation Dysphagia? Disponible a: <<https://bit.ly/2TgEmdm>>.



- Disfàgia per insuficiència respiratòria: és l'alteració de la coordinació respiració-deglució (factor fatiga) i infecció respiratòria (pneumònia per aspiració).

Cal tenir en compte que el procediment de valoració de la higiene oral és un AGP.²³

Actuarem quan la persona:

- Presenti un estat d'alerta òptim.
- Estigui respiratòriament estable.

És important recordar que, en la persona amb la COVID-19, la insuficiència respiratòria significativa pot persistir després de l'extubació o fins i tot en persones que no l'han necessitat. Això pot originar dificultats per coordinar la respiració i la deglució.

Per tots aquests motius, la valoració i el maneig de la DO es considera d'alta rellevància en una unitat d'aguts. S'hauria d'assegurar la prestació d'aquest servei logopèdic, sobretot en els casos considerats urgents.

Alteracions de la comunicació

El deliri és un estat més o menys durador caracteritzat per una capacitat reduïda per canviar, concentrar i mantenir l'atenció, amb desordres perceptius (falses interpretacions, il·lusions i al·lucinacions), trastorns del son i alteracions de la parla, l'activitat psicomotora, l'orientació i la memòria.

Persones amb la COVID-19 tenen risc alt de deliri degut a diferents factors. La figura del logopeda en aquest àmbit assistencial pot ajudar a valorar el trastorn de comunicació associat i assessorar la resta de l'equip i familiars.²⁴

²³ Més informació: Public Health England. (2020). Mouthcare for patients with COVID-19 or suspected COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/2LFnFnA>>.

²⁴ Més informació:

- Kotfis, K., Roberson, S. W., Wilson, J. E., Dabrowski, W., Pun, B. T. & Ely, E. W. (2020). COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Critical Care*, 24(1), 1-9.
- Buder, E., Pasztor, A. & Darbha, V. (2020). COVID-19 Is a Delirium Factory. *The Atlantic*. Disponible a: <<https://bit.ly/2yZqkWN>>.

4.4 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en hospital sociosanitari i residències geriàtriques

Les persones grans tenen un risc significatiu de patir el SARS-CoV-2/COVID-19 a causa de la disminució de la immunitat i la multimorbiditat. Dades dels Estats Units i la Xina²⁵ mostren que les persones més grans de 65 anys representen la meitat dels ingressos hospitalaris relacionats amb la COVID-19, més de la meitat dels ingressos a l'UCI i el 80 % dels èxits.

Les persones grans en pateixen les conseqüències més greus, tant pel que fa a l'afectació de la malaltia aguda com en termes de mortalitat.²⁶

Dins l'àmbit sociosanitari i de residències geriàtriques trobarem tres fenotips diferents:

- Persones amb afectació greu de la COVID-19 que han requerit ingrès hospitalari en les unitats de crítics i/o aguts i, posteriorment, ingrès hospitalari en hospital sociosanitari.
- Persones amb afectació menys greu de la COVID-19 que han requerit ingrès hospitalari a hospital sociosanitari.
- Persones amb afectació lleu de la COVID-19 que no han requerit ingrès hospitalari.

Actualment, ens trobem en una fase inicial de la pandèmia per la COVID-19 i no es disposa de gaire informació sobre les conseqüències de la malaltia en la població general ni en la població geriàtrica, però el que sí que sabem és que la població d'edat avançada i/o amb comorbiditats mèdiques i síndromes geriàtriques és la més vulnerable. Aquest fet pot estar influenciat tant pel procés d'envelliment fisiològic com per la disminució de la reserva funcional, la qual dificulta la lluita contra aquesta malaltia i les infeccions.

La presència de síndromes geriàtriques pot tenir un paper addicional en l'empitjorament del pronòstic i augmentar el risc de resultats adversos relacionats amb la COVID-19.

²⁵ Més informació:

- Hubbard, R. E., Maier, A. B., Hilmer, S. N., Naganathan, V., Etherton-Beer, C. & Rockwood, K. (2020). Frailty in the Face of COVID-19. *Age and Ageing*, afaa095. Disponible a: <<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa095>>.
- United Nations. (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. Disponible a: <<https://bit.ly/2ZkTzy1>>.

²⁶ Més informació: Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N. [et al.]. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. doi: <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)>.

Les síndromes geriàtriques estretament relacionades amb la COVID-19 sobre les quals hi ha publicacions científiques fins al moment són les següents:

- immunodeficiència²⁷
- delírium²⁸
- disfàgia²⁹
- aïllament social i immobilitat³⁰
- sarcopènia³¹
- demència³²
- fragilitat³³

Mesures importants de salut pública com l'aïllament social poden tenir conseqüències físiques i mentals importants en persones grans, com la depressió, l'ansietat i la descompensació de malalties cròniques.

²⁷ Més informació: D'Adamo, H., Yoshikawa, T. & Ouslander, J. G. (2020). Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: the ABCDs of COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*. <<https://doi.org/10.1111/jgs.16445>>.

²⁸ Més informació:

- Godaert, L., Proye, E., Demoustier-Tampere, D., Coulibaly, P. S., Hequet, F. & Dramé, M. (2020). Clinical characteristics of older patients: The experience of a geriatric short-stay unit dedicated to patients with COVID-19 in France. *Journal of Infection*. doi: <<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.009>>.
- Hwang, U., Malsch, A. J., Biese, K. J. & Inouye, S. K. (2020). Preventing and Managing Delirium in Older Emergency Department Patients During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Geriatric Emergency Medicine*. 1(4). Disponible a: <<https://bit.ly/2X2WY1w>>.
- O'Hanlon, S. & Inouye, S. K. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age and Ageing*, afaa094. Disponible a: <<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa094>>.

²⁹ Més informació:

- Mattei, A., de la Bretèque, B. A., Crestani, S., Crevier-Buchman, L., Galant, C., Hans, S. [et al.]. (2020). Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. doi: 10.1016/j.anorl.2020.04.011.
- Kruser, J. M. & Prescott, H. C. (2017). *Ann Am Thorac Soc*. 14(3): 307–308. doi: 10.1513/AnnalsATS.201612-1040ED.

³⁰ Més informació: Aprahamian, I. & Cesari, M. (2020). Geriatric Syndromes and SARS-COV-2: More than Just Being Old. *J Frailty Aging*. 1–3.

³¹ Més informació: Ceravolo, M. G., De Sire, A., Andrenelli, E., Negrini, F. & Negrini, S. (2020). Systematic rapid "living" review on rehabilitation needs due to COVID-19. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. *Eur J Phys Rehabil Med*. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06329-7.

³² Més informació: Sasannejad, C., Ely, E. W. & Lahiri, S. (2019). Long-term cognitive impairment after acute respiratory distress syndrome: a review of clinical impact and pathophysiological mechanisms. *Critical Care*, 23(1), 352. Disponible a: <<https://bit.ly/2ZecD0F>>.

³³ Més informació: Abbatecola, A. M. & Antonelli-Incalzi, R. (2020). COVID-19 Spiraling of Frailty in Older Italian Patients. *J Nutr Health Aging*. 1–3. doi: 10.1007/s12603-020-1357-9.

Així doncs, l'abordatge logopèdic en el camp de la geriatria es fa necessari a dos nivells:

1. Persones que han patit la COVID-19 en qualsevol de les seves gravetats, per abordar les patologies que s'han donat com a conseqüència del coronavirus.
2. Persones que no han patit la COVID-19 però que, a conseqüència de l'aïllament social, en pateixin conseqüències físiques i mentals.

Què podem fer en aquests dos nivells?

- Treballar interdisciplinàriament, integrant de manera transversal les diferents especialitats.
- Crear noves formes de treballar tant de manera interdisciplinària com amb els usuaris.
- Centrar-nos en l'estat de la persona i no en la seva edat cronològica.
- Preveure l'aparició d'altres síndromes geriàtriques.
- Detectar precoçment el deteriorament cognitiu i el delírium.
- Seguir les normes de protecció i distància.
- Promoure la prevenció i la rehabilitació.
- Acompanyar i fer educació sanitària a la persona afectada i als seus cuidadors.
- Actualitzar-nos i formar-nos.

Intervenció del logopeda

Abans de parlar de la intervenció, cal recordar que els procediments en què el professional sanitari entra en estret contacte amb les vies respiratòries són particularment susceptibles de causar contaminació pel virus SARS-CoV-2, motiu pel qual cal fer ús d'equips de protecció.

Disfàgia

Una persona afectada de la COVID-19 pot presentar disfàgia com a conseqüència d'una IOT, una traqueostomia, miopatia del malalt crític, delírium i immobilitat causada per l'aïllament social, entre d'altres. En geriatria, la disfàgia té una importància rellevant, ja que es considera una síndrome geriàtrica. Així doncs, cal observar amb deteniment totes les persones grans afectades pel coronavirus, sigui quina sigui la seva gravetat.³⁴

IOT i traqueostomia

La musculatura involucrada en la ingesta pot presentar un risc alt de debilitat i disfunció després de IOT, fet que pot produir disfàgia i augmentar el risc de pneumònia per aspiració, mala qualitat de vida i, finalment, mort.

En l'àmbit socio sanitari i geriàtric, el més usual és trobar la persona extubada, amb l'estoma de la traqueostomia tancat o en procés de cicatrització.

En aquest punt, quan la persona ja és COVID-19 negatiu, en la intervenció logopèdica s'aconsella:

- Avaluació i intervenció de la deglució.³⁵
- Valoració i intervenció de la higiene oral.
- Avaluació i intervenció de l'impacte en la veu de possibles lesions laríngies.³⁶
- Valoració i intervenció d'altres problemes de comunicació.

Insuficiència respiratòria

Les persones amb la COVID-19 que han estat ingressades a la unitat de crítics i/o aguts poden presentar afectacions respiratòries. La insuficiència respiratòria pot alterar el mecanisme de deglució-respiració i donar lloc a una disfàgia, amb el consegüent augment del risc de desnutrició i deshidratació i l'augment de possibilitats de patir una

³⁴ Més informació: Baijens, L. W., Clave, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F. [et al.]. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 11, 1403.

³⁵ Més informació: Marvin, S., Thibeault, S. & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter?. *Dysphagia*, 34(2), 210-219.

³⁶ Més informació: Bosque, M. D., Palomar, M. & Esteban, R. (2015). *Lesiones laríngeas postintubación endotraqueal. Factores de riesgo asociados*. Universitat Autònoma de Barcelona; Barcelona.



pneumònia aspirativa. La insuficiència respiratòria també augmenta el risc de fatiga durant la ingesta.

Tant la disfàgia com la fatiga durant la ingesta poden afectar negativament la qualitat de vida d'aquestes persones. Per aquest motiu, és important fer una bona valoració dels mecanismes fonorespiratori i de deglució-respiració en aquestes persones per tal d'adoptar les mesures adequades que poden incloure, entre d'altres, estratègies d'avaluació i compensació, dieta modificada o tonificació muscular.

Miopatia del malalt crític

Les persones que sobreviuen a una malaltia crítica sovint s'enfronten a una recuperació llarga caracteritzada pel desgast muscular i la disfunció neurològica. Es calcula que les persones ingressades en atenció crítica perdran al voltant del 20 % de la massa muscular durant els primers deu dies de la malaltia crítica.

El 91 % de les persones amb miopatia del malalt crític presenta dificultats per empassar. Així doncs, cal garantir la detecció de la disfàgia, així com el seu diagnòstic, rehabilitació i seguiment per assegurar una deglució segura, eficaç i plaent.³⁷

Delírium

El deliri és una complicació ben reconeguda de les malalties respiratòries, com la pneumònia, en geriatria. Els estudis precoços indiquen que entre el 20 i el 30 % de les persones amb la COVID-19 presentaran o desenvoluparan deliri o canvis en el seu estat mental durant l'hospitalització.

La presència de deliri greu pot retardar l'alta. Tanmateix, els símptomes oscil·lants poden persistir durant moltes setmanes i, per tant, es pot esperar que algunes persones siguin donades d'alta a domicili, residències geriàtriques o hospitals sociosanitaris amb símptomes de deliri.

Des de la logopèdia podem ajudar, en el deliri, a fer un diagnòstic diferencial dels dèficits de la deglució i la comunicació, i determinar la capacitat de la persona per prendre decisions.³⁸

³⁷ Més informació: Ponfick, M., Linden, R. & Nowak, D. A. (2015). Dysphagia—a common, transient symptom in critical illness polyneuropathy: a fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing study. *Critical care medicine*, 43(2), 365-372.

³⁸ Més informació: Green, S., Reivonen, S., Rutter, L. M., Nouzova, E., Duncan, N., Clarke, C. [et al.]. (2018). Investigating speech and language impairments in delirium: a preliminary case-control study. *PLoS one*, 13(11):e0207527. doi: 10.1371/journal.pone.0207527.



Anòsmia i disgèusia

Gran part de les persones diagnosticades de COVID-19 presenten alteracions de l'olfacte i el gust. En un primer estudi realitzat amb una mostra de 417 persones de quatre països europeus (Espanya, França, Bèlgica i Itàlia) es va observar que la simptomatologia relacionada amb el gust i l'olfacte era una manifestació freqüent. El 85,6 % i el 88,0 % de les persones de l'estudi van declarar disfuncions olfactivas i gustatives respectivament.³⁹

El funcionament normal del gust i l'olfacte juga un paper vital en la nutrició, així com en la selecció dels aliments. L'olfacte i el gust estan estretament interrelacionats i una disminució de la funció d'un sentit sovint afecta la funció de l'altre.

Les mancances en aquests sentits no redueixen únicament el plaer i el gust dels aliments i begudes ingerides, sinó que també poden portar a la ingesta d'aliments en mal estat o agents ambientals perjudicials per a la salut que es detecten a través del gust i l'olfacte. Des de la logopèdia podem detectar, valorar i rehabilitar l'anòsmia i disgèusia.⁴⁰

Disfonia

Les persones amb la COVID-19 que han estat sotmeses a una IOT i/o traqueostomia poden presentar alteracions de la veu com a conseqüència d'aquests procediments.

En una revisió sistemàtica del 2018⁴¹ es va trobar que el 83 % de les persones que havien estat intubades presentaven lesions laríngies postintubació. Moltes d'aquestes lesions van ser ferides lleus, tot i que en el 13-31 % es van produir ferides moderades i greus. Els símptomes clínics que es van presentar més freqüentment van ser la disfonia (76 %), el dolor (76 %), la veu ronca (63 %) i la disfàgia (49 %).

³⁹ Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodríguez, A. [et al.]. (2020). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1-11.

⁴⁰ Més informació:

- Pieruzzini-Azuaje, R. O., Álvarez-Mirabal, R. E., Romero-Olivar, A. E. & Pérez-Moreno, M. (2016). Rehabilitación olfatoria en pacientes con anosmia. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 61 (4): 249-254.
- Clerici, R., Frossard, V. & Soler, G. (2016). Abordaje integral en la rehabilitación funcional del olfato y del gusto desde un enfoque fonoaudiológico. *Rev. Fed. Argent. Soc. Otorrinolaringol*, 5-11.

⁴¹ Més informació: Brodsky, M. B., Levy, M. J., Jedlanek, E., Pandian, V., Blackford, B., Price, C. [et al.]. (2018). Laryngeal injury and upper airway symptoms after oral endotracheal intubation with mechanical ventilation during critical care: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 46(12), 2010-2017.

4.5 Procediments, patologies i intervenció logopèdica en atenció no hospitalària

Per atenció no hospitalària entenem l'atenció primària, centres concertats, consultes externes hospitalàries i consultes privades.

En els apartats anteriors hem vist que la SARS-CoV-2/COVID-19 i les tècniques utilitzades en el seu tractament generen unes seqüeles que requereixen intervenció logopèdica, però que encara no disposem de gaire informació de l'evolució a mitjà i llarg termini.

Les seqüeles que amb més probabilitat atindrem des de la logopèdia no hospitalària són disfàgia, disfonia, disgèusia i anòsmia. També trobarem persones amb altres patologies prèvies i que hagin empitjorat per l'aïllament (afàsia, disàrtria, etc.), però que no són l'objectiu d'aquest document.

En aquest àmbit observem dos tipus de persones amb SARS-CoV-2/COVID-19:⁴²

- Persones que han estat hospitalitzades i que, un cop superat l'estadi més greu de la malaltia, tornen al domicili i han de passar catorze dies en aïllament domiciliari des del moment de l'alta hospitalària sota supervisió del seu centre d'atenció primària (CAP) de referència.
- Persones que no requereixen ingrés hospitalari i es troben en situació d'aïllament domiciliari en seguiment des del seu CAP. Aquest aïllament es mantindrà fins que transcorrin tres dies des de la resolució de la febre i del quadre clínic amb un mínim de catorze dies des de l'inici dels símptomes. Pel que fa als casos asimptomàtics (detectats per PCR, o altres), l'aïllament s'ha de mantenir fins que transcorrin catorze dies des de la data del diagnòstic.

Aquests períodes són importants per valorar el tipus d'abordatge que plantegem.

Encara no disposem de prou informació sobre les seqüeles que afectaran les persones amb la SARS-CoV-2/COVID-19. Les principals situacions que actualment atenem des de la logopèdia extrahospitalària relacionades amb la COVID-19 són **la disfonia i la disfàgia**.

Al llarg del document hem vist que les persones que han passat per ingrés hospitalari tenen més probabilitat de presentar complicacions relacionades amb el nostre àmbit, en especial les que han necessitat ventilació mecànica.

⁴² Més informació: CanalSalut. Gencat. (2020). Procediment d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en la fase de desconfinament. Indicadors de seguiment. Disponible a: <<https://bit.ly/2WNvZlr>>.



La incidència de la **disfonia postextubació** és molt amplia, del 71 al 83 % de pacients sotmesos a anestèsia general.⁴³ Aquesta disfonia pot ser deguda a lesions de la mucosa de corda vocal, asimetries laríngies, granulomes vocals, luxació de l'articulació cricoaritenoidal, i menys, a la paràlisi de plec vocal.^{44, 45}

D'altra banda, totes les persones que han patit la COVID-19 (hagin estat ingressades o no) poden presentar alteracions de la veu degudes al sobre esforç de la tos, la dificultat per respirar, l'ús d'inhaladors, etc.

En la situació actual hi ha moltes limitacions per poder dur a terme les proves instrumentals, però sempre cal tenir un bon **DIAGNÒSTIC** de l'estat i la funcionalitat dels plecs vocals per planificar el tractament. Cal ser prudents fins que no en disposem.

Pel que fa a la **disfàgia**, ja hem vist anteriorment que les tècniques de respiració assistida poden donar una sèrie de patologies adquirides que produeixen disfàgia. Skoretz i col. (2014) demostren que la ventilació mecànica durant més de 48 h augmenta la disfàgia fins al 51 %.⁴⁶ Amb les tècniques de ventilació invasiva també es poden produir traumes orofaríngeis o laríngeis, reducció de la sensibilitat laríngia i disincronia entre respiració i deglució, que altera la coordinació entre el tancament laríngic, l'apnea de la deglució i l'obertura de l'esfínter esofàgic.⁴⁷

D'altra banda, les persones que no han necessitat respiració assistida poden presentar dificultat en la deglució per la descoordinació deguda al fet d'haver de respirar amb una freqüència superior a l'habitual.⁴⁸

També sabem que moltes d'aquestes persones pateixen anòsmia i disgèusia, i que en cas de no recuperar-se de forma espontània, caldria valorar possibles tractaments.

Per a més informació consulteu el punt 4.4 d'aquest document.

⁴³ Jones, M. W., Catling, S., Evans, E., Green, D. H. & Green, J. R. (1992). Hoarseness after tracheal intubation. *Anaesthesia*; 47(3): 213-6.

⁴⁴ Cavo, J. W. Jr. (1985). True vocal cord paralysis following Intubation. *Laryngoscope*; 95(11): 1352-9.

⁴⁵ Més informació sobre les lesions laríngies més freqüents en pacients intubats: Brodsky, M. B., Levy, M. J., Jedlanek, E., Pandian, V., Blackford, B., Price, C. [et al.]. (2018). Laryngeal Injury and Upper Airway Symptoms After Oral Endotracheal Intubation With Mechanical Ventilation During Critical Care: A Systematic Review. *Crit Care Med*. 46(12):2010-2017.

⁴⁶ Skoretz, S. A., Yau, T. M., Ivanov, J., Granton, J. T. & Martino, R. (2014). Dysphagia and Associated Risk Factors Following Extubation in Cardiovascular Surgical Patients. *Dysphagia*: 29, 647-654.

⁴⁷ Més informació: Vera-González, R. (2019). Disfagia Post Extubación en Pacientes Críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 34(3): 1-8.

⁴⁸ Més informació: Sheffler, K. (2020). Are We Ready for Post-Extubation Dysphagia (COVID-19)? Disponible a: <<https://bit.ly/3fZJ6Oo>>.

Com actuem?

L'atenció extrahospitalària té com a característica que la persona resideix en el seu domicili, amb la qual cosa s'incrementa el grau d'incertesa de possibles persones asimptomàtiques. En la situació actual cal valorar molt bé el RISC/BENEFICI de l'assistència presencial als centres, per limitar al màxim la possibilitat de contagi del pacient i dels professionals.

En resum, **hem de planificar la intervenció com ho fariem amb qualsevol persona adaptant-nos a la situació COVID actual** i tenint present que són persones que poden presentar alguns dels símptomes descrits, com per exemple fatiga o descoordinació respiratòria. Trobareu indicacions generals a l'annex.

Abans d'una trobada cara a cara, segons la Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT),⁴⁹ cal valorar:

- l'estat actual COVID-19 de la persona
- les necessitats d'EPI
- la urgència de l'avaluació i/o intervenció.

També aconsellem:

- **Revisió en profunditat de la història clínica** (estat COVID actual, informe hospitalari: temps d'hospitalització, UCI, necessitat de ventilació assistida, de quin tipus, posicions, complicacions, si s'ha realitzat alguna **exploració de disfàgia o de l'estat dels seus plecs vocals**). No perdre de vista les patologies prèvies com poden ser la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), al·lèrgies o diabetis, entre d'altres.
- **Entrevista telefònica**: hi ha molta informació inicial que podem recollir en aquesta entrevista. Aconsellem passar un qüestionari previ a la visita al centre (vegeu annex 2). Per tenir una idea més acurada de la situació de la persona podem comentar el qüestionari EAT-10 per fer cribatge de la disfàgia.⁵⁰ Pel que fa a la qualitat de la veu, la podem valorar de forma aproximada perceptivament amb el GRBAS⁵¹ i/o el CAPE-V⁵² (amb les limitacions del so

⁴⁹ Royal College of Speech and Language Therapists. (2020). Guidance produced in response to COVID-19. Disponible a: <<https://bit.ly/2ybetEn>>.

⁵⁰ Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2018). Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut. Document de consens. Disponible a: <<https://bit.ly/2XaErAv>>.

⁵¹ Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice* (vol. 5). New York: Springer-Verlag.

⁵² Original: ASHA. (2006). Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V). Special Interest Division 3, Voice and Voice Disorders.



telefònic), posant una atenció especial a intentar descartar la veu humida. També podem valorar el disconfort vocal de la persona amb el VHI-10. Si és possible, valorarem el temps màxim d'inspiració i de fonació i calcularem l'índex s/z. Ens interessa saber també si està fent altres tractaments de rehabilitació respiratòria o física o si necessita oxigen al domicili, entre altres ajudes.

- Si és possible, **intercanvi d'informació** entre logopeda i infermeria o medicina de família de l'equip d'atenció primària (EAP), en especial per a les persones amb pluripatologies (diabetis, hipertensió, etc).

Amb tota aquesta informació caldrà decidir si iniciem el tractament presencial (a consulta o domicili), semipresencial o telemàtic. Aquesta decisió és revisable en funció de l'evolució i les circumstàncies.

Sempre que s'opti pel treball presencial, cal tenir presents les mesures d'higiene i seguretat recollides a *Medidas para la reapertura de las consultas de logopedia*, document elaborat pel Colegio Profesional de Logopedas de Galicia i publicat pel Consejo General de Colegios de Logopedas.⁵³ Recordeu que l'avaluació i tractament de la disfàgia, la higiene oral, la parla, la valoració i/o tractament miofuncional, etc. també s'han de considerar procediments generadors d'aerosols i, per tant, cal utilitzar les mesures adients.

Es recomana seguir les pautes ja citades anteriorment, a l'apartat 4.1, per a logopedes de totes les unitats.

Pel que fa a la modalitat semipresencial o telemàtica, s'aconsella revisar la *Guía teleasistencia logopedia COVID-19* elaborada pel Colegio de Logopedas de Murcia i publicada pel Consejo General de Colegios de Logopedas.⁵⁴

Adaptació bilingüe català-castellà: Calaf, N. (2017). Adaptació i validació d'una versió bilingüe (català/castellà) del protocol Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V) per a l'avaluació clínica de la qualitat vocal. Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁵³ Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio Profesional de Logopedas de Galicia. (2020). *Medidas reapertura consultas*. Disponible a: <<https://bit.ly/2yJSFzu>>.

⁵⁴ Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio de Logopedas de Murcia. (2020). *Guía teleasistencia logopedia COVID-19*. Disponible a: <<https://bit.ly/2z7RJG3>>.

5. Conclusions

La pandèmia de la SARS-CoV-2/COVID-19 ha creat unes noves necessitats en el desenvolupament de l'activitat assistencial logopèdica, tant per l'augment de les necessitats assistencials per atendre logopèdicament aquelles persones que pateixen COVID-19 o les seves seqüeles com per l'adaptació a les noves condicions a la clínica logopèdica derivades del risc de contagi.

Per una banda, el risc de contagi de la COVID-19 en la pràctica logopèdica obliga a extremar les mesures de protecció i higiene per tal de minimitzar la pràctica de procediments generadors d'aerosols (molt freqüents en la clínica logopèdica) i a utilitzar correctament els equips de protecció individual.

Cal destacar que un 15 % de les persones amb infecció pel nou coronavirus COVID-19 presenta quadres greus que han de ser atesos en les unitats de cures intensives (UCI), i la disfàgia orofaríngia (DO) sovint és present en persones ingressades a l'UCI, de manera que es posa en risc l'eficàcia i/o la seguretat de la deglució i, per tant, augmenta el risc de morbiditat i mortalitat. També a l'UCI cal vetllar pel benestar psíquic del malalt oferint-li eines de comunicació.

En les unitats d'hospitalització d'aguts podem trobar persones amb COVID-19 amb tres fenotips diferents de disfàgia orofaríngia: DO postextubació, DO per descompensació i DO per insuficiència respiratòria. En aquests malalts és imprescindible fer una valoració de la deglució i de la higiene oral i intervenir logopèdicament. També en aquestes unitats els malalts de COVID-19 tenen risc de patir deliri, amb les alteracions de comunicació que comporta.

En hospitals socio-sanitaris i residències geriàtriques cal tenir present que la presència de síndromes geriàtriques com la immunodeficiència, el delírium, la disfàgia, l'aïllament social i la immobilitat, la sarcopènia, la demència o la fragilitat poden tenir un paper addicional en l'empitjorament del pronòstic de les persones amb COVID-19. La intervenció logopèdica en aquests casos també esdevé imprescindible.

Finalment, les seqüeles que amb més probabilitat atendrem des de la logopèdia no hospitalària són la disfàgia, la disfonia, la disgèusia i l'anòsmia.

Per tant, és imprescindible que els logopedes que estem treballant en totes aquestes unitats estiguem ben formats i preparats enfront d'aquestes noves necessitats per atendre les persones amb COVID-19 de forma òptima amb el mínim risc tant per a ells com per a nosaltres mateixos.

BIBLIOGRAFIA

Guies nacionals i internacionals:

Centre for Clinical Practice at NICE (UK). (2009). *Rehabilitation after critical illness*. National Institute for Clinical Health and Excellence (UK); London.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2018). *Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut*. Document de consens. Disponible a: <<https://bit.ly/2WNxgiw>>.

Ministerio de Sanidad. (2020). *Documento técnico. Manejo en atención primaria del COVID-19*. Disponible a: <<https://bit.ly/2XhTmst>>.

Royal College of Speech Language Therapists. (2020). *COVID-19: Maximising the contribution of the speech and language therapy workforce*. Disponible a: <<https://bit.ly/2WDYND8>>.

Royal College of Speech Language Therapists & Association of Speech and Language Therapists in Independent Practice. (2020). *Joint RCSLT and ASLTIP guidance for independent therapists*. Disponible a: <<https://bit.ly/2ZfSQOA>>.

The Faculty of Intensive Care Medicine & The Intensive Care Society. (2019). *Guidelines for the provision of intensive care services*. Edition 2. Disponible a: <<https://bit.ly/3bQ5eXZ>>.

Articles nacionals i internacionals:

Anderson, L. (2020). Providing nutritional support for the patient with COVID-19. *British Journal of Nursing*, 29(8): p. 458-459.

Chaler, J., Gil-Fraguas, L., Gómez-García, A., Laxe, S., Luna-Cabrera, F., Llavona, R. [et al.] (2020). Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on rehabilitation services and physical medicine and rehabilitation (PM&R) physicians' activities: perspectives from the Spanish experience. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. Eur J Phys Rehabil Med. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06304-2.

Chiappero, G., Falduti, A., Cámpora, H., Violi, D., Vázquez, B., Ton, V. [et al.]. (2020). Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en terapia intensiva, recomendaciones de expertos intersocietarias. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37(1): 20-35.

Li, T., Zhang, Y., Gong, C., Wang, J., Liu, B., Shi, L., & Duan, J. (2020). Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan,

China. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1-5. <<https://doi.org/10.1038/s41430-020-0642-3>>.

Lithander, F. E., Neumann, S., Tenison, E., Lloyd, K., Welsh, T. J., Rodrigues, J. C. & Henderson, E. J. (2020). COVID-19 in Older People: A Rapid Clinical Review. *Age and Ageing*, *afaa093*. <<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa093>>.

Montero, A., Maseda, E., Bartolomé, A., Aguilar, G., González de Castro, R. [et al.]. Recomendaciones prácticas para el manejo perioperatorio del paciente con sospecha o infección grave por coronavirus SARS-CoV-2. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(5): 253-60. doi: 10.1016/j.redar.2020.03.003.

Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., & Andrade, C. R. F. D. (2013). Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 25(1). <<https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000100002>>.

Trillo, S., & Erro, M. E. Manejo de las complicaciones neurológicas asociadas a la infección por SARS-CoV-2. En: *Ezpeleta, D., & García, D. Manual COVID-19 para el neurólogo general*. Ediciones SEN; España.

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J. [et al.] (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.

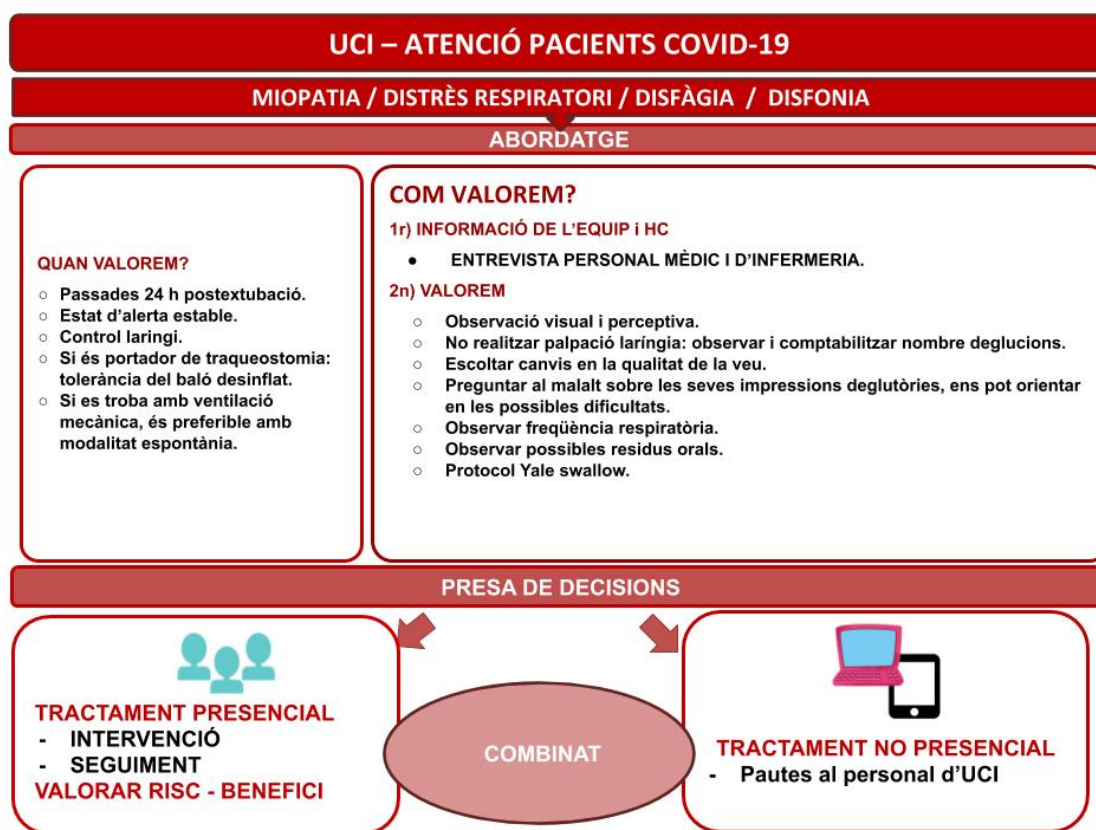
Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z. [et al.]. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*. doi: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)>.

AGRAÏMENTS

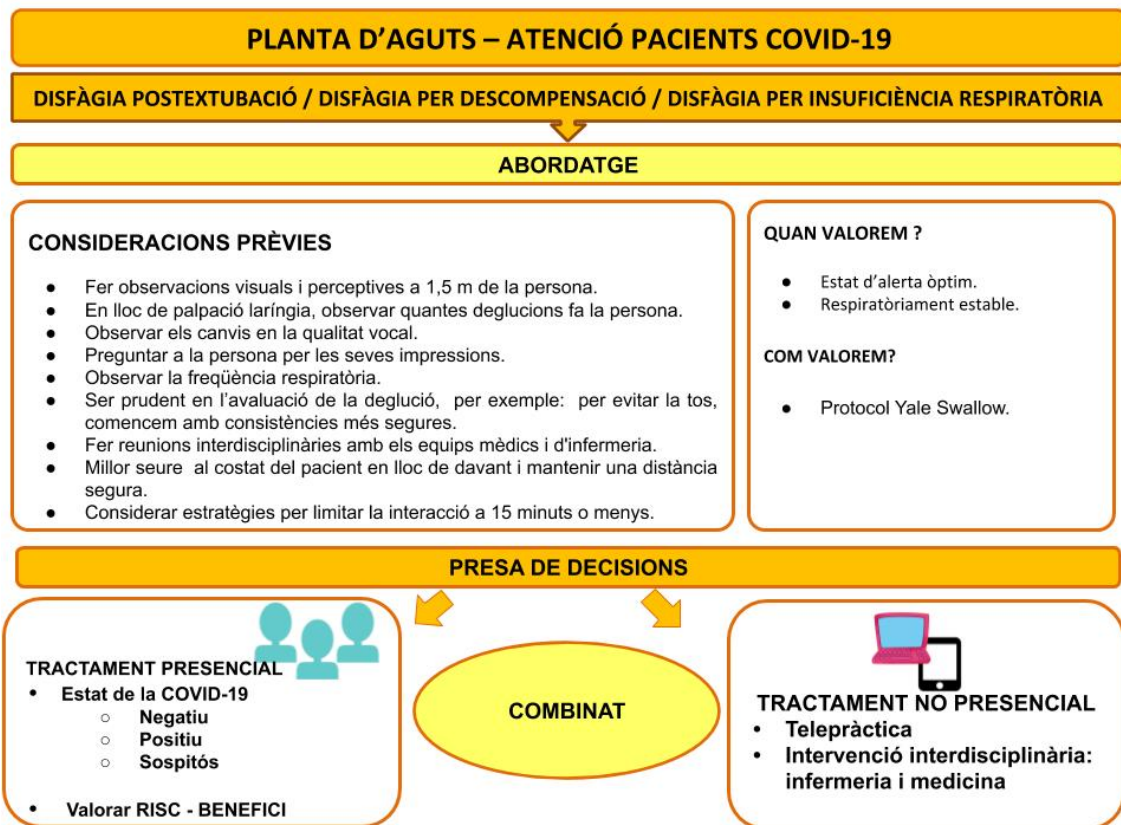
Volem agrair al grup de logopedes estatal que s'ha format a causa de la pandèmia l'esforç per recollir i classificar la informació sobre la COVID-19 amb relació a la logopèdia.

ANNEX

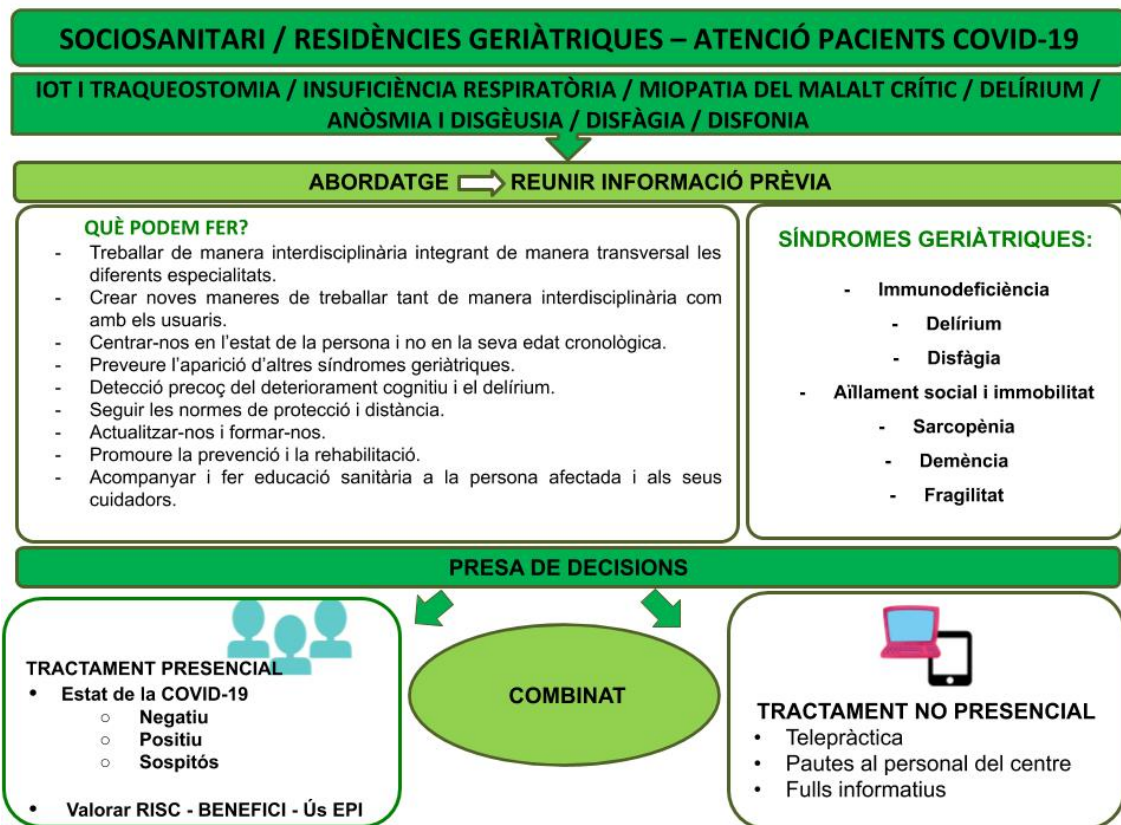
Annex 1. Infografies sobre procediments, patologies i intervenció logopèdica en els diferents nivells assistencials



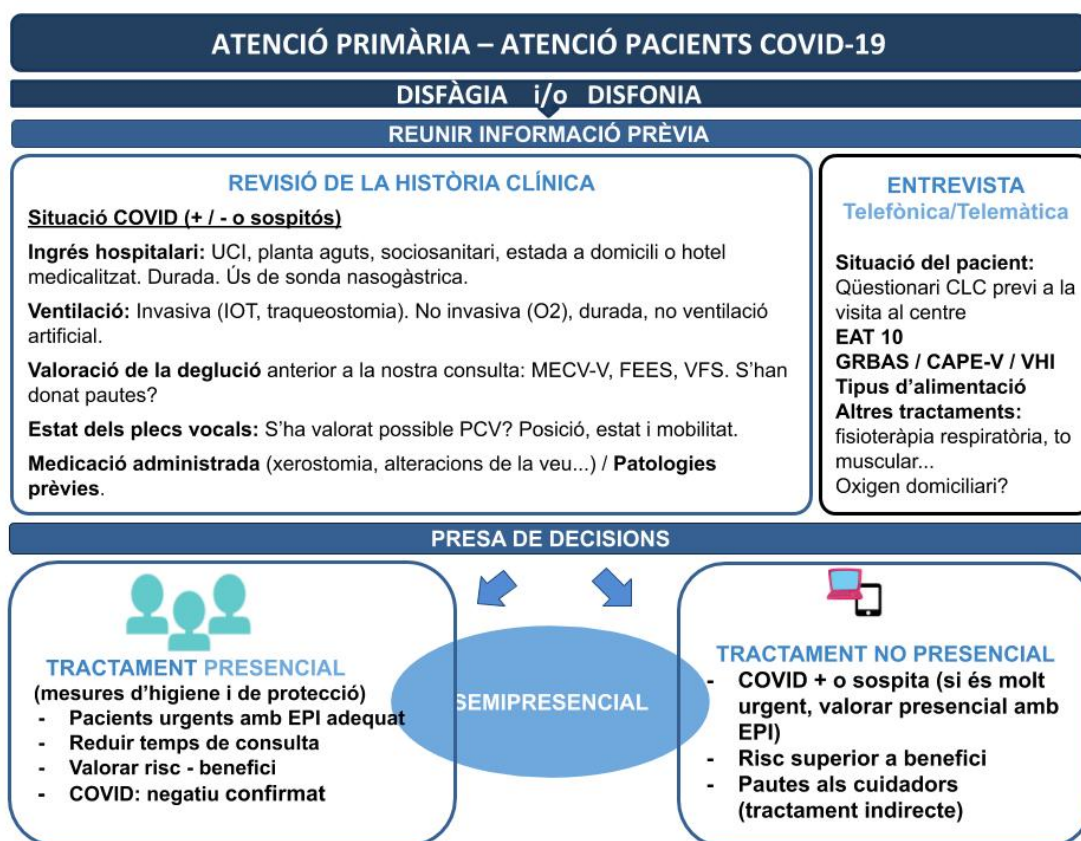
Infografia 1. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en l'atenció de crítics



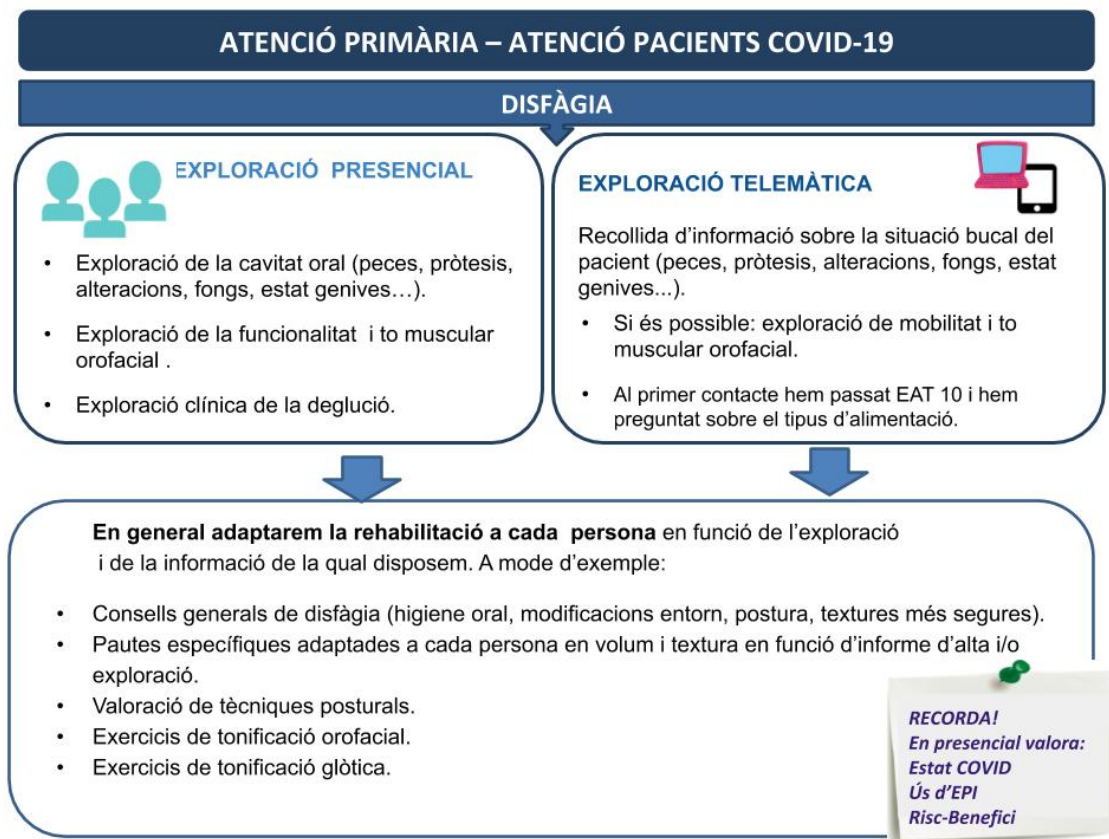
Infografia 2. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en aguts



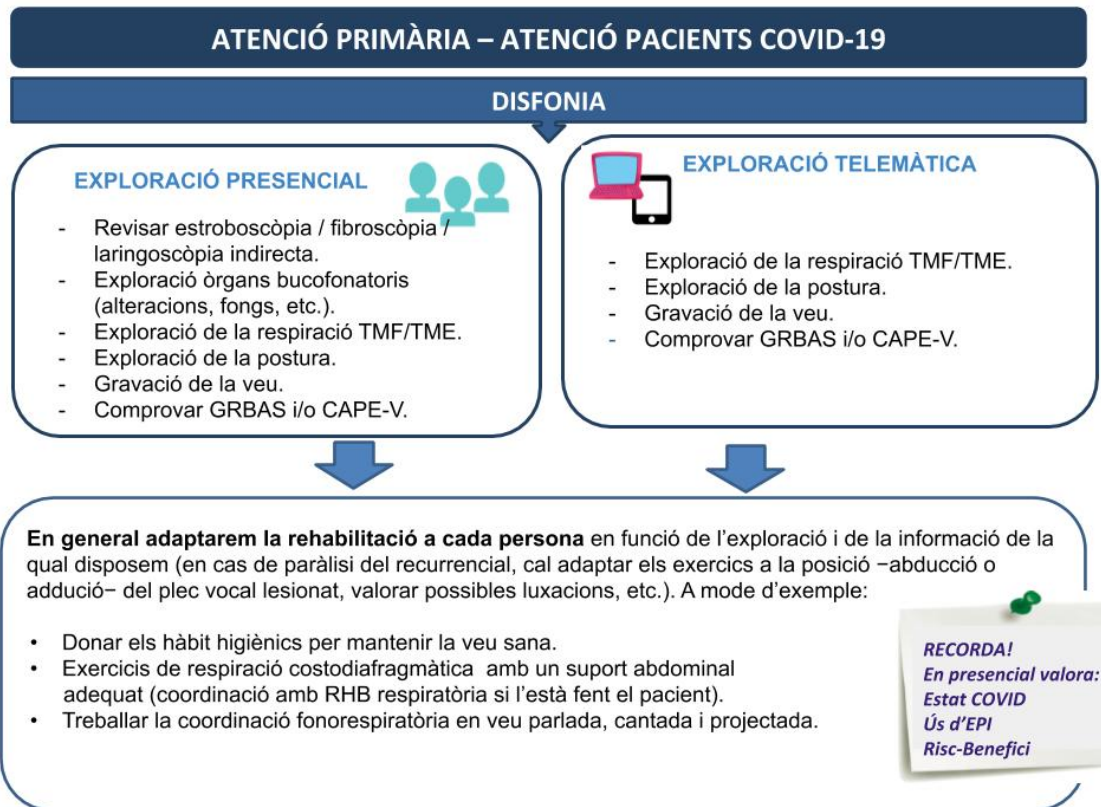
Infografia 3. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en hospital sociosanitari i residències geriàtriques



Infografia 4. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en atenció no hospitalària (I)



Infografia 5. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en atenció no hospitalària (II)



Infografia 6. Procediments, patologies i intervenció logopèdica en atenció no hospitalària (III)



Annex 2. Qüestionari a contestar pel pacient prèvia cita al centre

1. Durant els últims 14 dies ha tingut o té:
 - Febre (temperatura superior a 37,5°)?
 - Tos o qualsevol altre signe respiratori?
 - Ofec (dispnea)?
 - Diarrea o altres molèsties digestives?
 - Sensació de cansament extrem o malestar?
 - Pèrdua de sentit del gust i/o de l'olfacte?
 - Algun altre símptoma compatible amb la COVID-19?
2. Ha estat en contacte o convivint amb alguna persona amb sospita o confirmada de coronavirus?
3. Ha passat la malaltia COVID-19? En cas d'haver-la passat, quant temps fa?
 - Pateix alguna de les malalties següents? Diabetis, malaltia cardiovascular inclosa la hipertensió, malaltia pulmonar crònica, immunodeficiència, pacient oncològic en fase activa del tractament.
 - Té més de 60 anys? Està embarassada?

Una resposta afirmativa dels apartats 1, 2 o 3:

- Temperatura superior a 37,5°: avisar l'usuari de possible contagi.
- Temperatura inferior a 37,5°: explicar a l'usuari que cal ajornar el tractament com a mínim 14 dies.

Cap resposta afirmativa dels apartats 1, 2 o 3:

- Temperatura superior a 37,5°: avisar el pacient de possible contagi i de la necessitat de vigilància activa. Ajornar el tractament presencial almenys 14 dies.
- Temperatura inferior a 37,5°: es pot dur a terme servei presencial amb els protocols indicats.