



Consejo General de  
**Colegios de Logopedas**

# **Pautas para logopedas en la atención a la persona con SARS-CoV-2/COVID-19**

---

Realizado por:



Col·legi  
de Logopedes  
de Catalunya

Última actualización: 22 de mayo de 2020

**Coordinación y edición:**

Colegio de Logopedas de Cataluña  
Vicedecanato  
Vocalía de Salud  
Dirección Técnica

**Redacción:**

Natàlia Talleda  
Alba Badell  
Ivet Clemente  
Natàlia Fina  
Carme López

**Revisión:**

Nuria Oriol  
Viridiana Arreola



Los contenidos de esta obra están sujetas a una licencia de Reconocimiento-No ComercialSinObraDerivada 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en:

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

**Citación sugerida:**

Consejo General de Colegios de Logopedas y Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2020). Pautas para logopedas en la atención a la persona con SARS-CoV-2/COVID-19. [www.consejologopedas.com](http://www.consejologopedas.com) [www.clc.cat](http://www.clc.cat)

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción   | 4  |
| 2. Aspectos generales del SARS-CoV-2/COVID-19   | 5  |
| 2.1 ¿Qué es el SARS-CoV-2/COVID-19?   | 5  |
| 2.2 ¿Cómo se transmite la COVID-19?   | 6  |
| 3. La logopedia frente al SARS-CoV-2/COVID-19   | 7  |
| 3.1 Aumento de las demandas de asistencia logopédica para atender a aquellas personas que sufren la COVID-19 o sus secuelas | 7  |
| 3.2 Adaptación de la clínica logopédica a las nuevas condiciones derivadas del riesgo de contagio                           | 10 |
| 4. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en los diferentes niveles asistenciales                             | 14 |
| 4.1 Principios generales para la práctica de la clínica diaria en todos los ámbitos asistenciales                           | 14 |
| 4.2 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en la atención de críticos   | 18 |
| 4.3 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en agudos  | 20 |
| 4.4 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en hospitales sociosanitarios y residencias geriátricas            | 22 |
| 4.5 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en la atención no hospitalaria                                     | 28 |
| 5. Conclusiones   | 33 |
| BIBLIOGRAFÍA  | 34 |
| AGRADECIMIENTOS   | 35 |
| ANEXO   | 36 |
| Anexo 1. Infografías sobre procedimientos, patologías e intervención logopédica en los diferentes niveles asistenciales     | 36 |
| Anexo 2. Cuestionario a contestar por el paciente previa cita en el centro  | 42 |

## **1. Introducción**

El Colegio de Logopedas de Cataluña (CLC) es consciente de los retos que comporta llevar a cabo nuestra profesión con personas con la COVID-19 y, a la vez, desarrollarla con seguridad para no fomentar la propagación del virus SARS-CoV-2/COVID-19.

Hemos elaborado este documento con el objetivo de recopilar herramientas, recomendaciones y orientaciones para llevar a cabo, garantizando las máximas medidas de seguridad, la evaluación y rehabilitación logopédica de todas aquellas personas afectadas por la COVID-19 que necesitan de nuestra atención y rehabilitación.

Este documento va dirigido a logopedas que prestan asistencia tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario (centros sociosanitarios, atención primaria, atención domiciliaria, residencias de gente mayor, centros concertados y centros privados), puesto que nos encontramos ante una situación desconocida para todos, que avanza muy rápidamente y que requiere actuar con la máxima determinación.

La información plasmada en esta guía está basada en la recopilación de evidencias científicas y en guías publicadas por organizaciones científicas nacionales e internacionales.

Dada la situación de cambios constantes que supone esta nueva dolencia, este documento está sujeto a posibles modificaciones en un futuro inmediato. Agradecemos vuestras aportaciones o sugerencias para continuar acompañándoos en este proceso.

## 2. Aspectos generales del SARS-CoV-2/COVID-19

### 2.1 ¿Qué es el SARS-CoV-2/COVID-19?

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la COVID-19 es una dolencia infecciosa causada por un coronavirus descubierto recientemente: el SARS-CoV-2. Tanto el nuevo virus como la dolencia no se conocían hasta que se inició el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019<sup>1</sup>.

La COVID-19 afecta a las personas de manera diferente. La mayoría de las personas infectadas desarrollan dolencias respiratorias leves o moderadas y se recuperan sin hospitalización.

Los síntomas más habituales son:

- Fiebre
- Tos seca
- Cansancio

Los síntomas menos comunes son:

- Dolores musculares y malestar
- Odinofagia
- Diarrea
- Conjuntivitis
- Dolor de cabeza
- Pérdida del gusto y el olfato
- Erupción en la piel o decoloración de los dedos de las manos y los pies

Los síntomas graves son:

- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Dolor o presión en el pecho
- Pérdida del habla o del movimiento

Algunas personas que se infectan no desarrollan ningún síntoma. La mayoría de las personas (alrededor del 80 %) se recuperan de la dolencia sin necesidad de seguir ningún tratamiento especial.

Alrededor del 5 % de las personas que contraen la COVID-19 desarrollan una dolencia grave y tienen dificultades para respirar. Las personas mayores que sufren afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes,

---

<sup>1</sup> Podéis encontrar más información de la descripción de la COVID-19 por parte de la OMS aquí:  
World Health Organization. (2020). Coronavirus. Disponible en: <https://bit.ly/3dzqiga>  
World Health Organization. (2020). COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/2lmcel0>

tienen más probabilidades de desarrollar una dolencia grave. Alrededor del 2 % de las personas que han contraído esta dolencia han muerto<sup>2</sup>.

En diferentes guías y artículos científicos se describen otros tipos de sintomatología, pero aún no se ha determinado su frecuencia y grado de causalidad así como la posibilidad y gravedad de los síndromes o secuelas poscovid. Todavía tardaremos en conocer la relevancia y la magnitud de la COVID-19<sup>3</sup>.

## 2.2 ¿Cómo se transmite la COVID-19?

Las investigaciones realizadas hasta ahora indican que el virus se transmite principalmente a través del contacto con gotas de secreciones infectadas. Las secreciones orales y nasofaríngeas, incluidas la saliva, y las secreciones respiratorias, como el esputo y la mucosidad, pueden ser agentes para un alto desprendimiento viral en las etapas iniciales de la dolencia.

El virus también se puede transmitir a través de pequeñas partículas en el aire en forma de aerosol (es decir, cuando el virus que contiene la secreción está suspendido en el aire)<sup>4</sup>.

Estas formas de transmisión son particularmente relevantes para la práctica de la logopedia, dado que muchos de los procedimientos realizados por los logopedas requieren una gran proximidad con la persona, el contacto con las membranas mucosas y el contacto potencial con fluidos corporales como la saliva y las gotas respiratorias.

---

<sup>2</sup> Más información del Ministerio de Sanidad 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>

<sup>3</sup> Podéis encontrar más información 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.

<sup>4</sup> Más información sobre la transmisión: 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 en: <https://bit.ly/2yb6l6p>

### **3. La logopedia frente al SARS-CoV-2/COVID-19**

La pandemia del SARS-CoV-2/COVID-19 nos plantea nuevas necesidades en el desarrollo de nuestra tarea como logopedas: nuevos protocolos, nuevas maneras de actuar, reorganización de los servicios y nuevas formas de intervención.

Estas nuevas necesidades vienen dadas por dos motivos principales:

- El aumento de las demandas de asistencia logopédica para atender a aquellas personas que sufren o han sufrido la COVID-19 o las secuelas que se derivan.
- La adaptación de la clínica logopédica a las nuevas condiciones derivadas del riesgo de contagio.

#### **3.1 Aumento de las demandas de asistencia logopédica para atender a aquellas personas que sufren la COVID-19 o sus secuelas**

La logopedia es una profesión sanitaria reconocida y regulada por la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que se ocupa de la prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la comunicación y de las funciones asociadas mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Su actividad se desarrolla en centros sanitarios, sociosanitarios, educativos y también por cuenta propia. Se atiende a población de todas las edades, sea cual sea la causa de sus dificultades de comunicación y de las funciones asociadas<sup>5</sup>.

Los logopedas deben conocer qué síntomas y secuelas presentan las personas que tienen o han tenido la COVID-19 y qué servicio de los que prestamos necesitan para poder darles una respuesta adecuada. Tenemos un papel fundamental frente a la COVID-19 en sus diferentes manifestaciones y niveles de gravedad.

La sintomatología de las personas gravemente afectadas por el virus (odinofagia, pérdida del gusto y del olfato, dificultad para respirar, pérdida del habla o del movimiento...) y las secuelas que este provoca (disfagia, anosmia, disfonía, disgeusia...) hacen imprescindible la intervención de un logopeda.

Aunque la mayoría de los pacientes presenta cuadros leves o sin complicaciones, se estima que alrededor del 14 % presenta infecciones respiratorias agudas graves, que

---

<sup>5</sup> Más información: Colegio de Logopedas de Cataluña. *Perfil profesional del logopeda*. Disponible en: <https://bit.ly/3g2phfo>

pueden requerir hospitalización y oxigenoterapia, mientras que el 5% necesita ingresar en la unidad de cuidados intensivos<sup>6</sup>.

Hasta el 20 de mayo de 2020, en España había 231 606 personas contagiadas por la COVID-19 (confirmadas por PCR positiva), 150 376 personas recuperadas, 125 233 hospitalizadas y 11 437 en las unidades de cuidados intensivos<sup>7</sup>.

En Cataluña, hasta el 20 de mayo de 2020 había 62 978 casos positivos acumulados por el coronavirus SARS-CoV-2. Por otro lado, hay un total de 206 494 posibles casos de infección por coronavirus; son personas que presentan síntomas y que, sin prueba diagnóstica hecha, un profesional facultativo clasifica como posibles casos. Desde el inicio de la epidemia hasta ahora, un total de 4 005 personas han sido ingresadas en estado grave; actualmente son 265<sup>8</sup>.

Estos datos nos indican que nos encontramos ante una necesidad inminente de proporcionar una rehabilitación logopédica eficaz y adecuada que asegure la máxima recuperación del gran número de personas afectadas por esta dolencia (tanto de las que se están recuperando como de las que lo harán durante las próximas semanas o meses)

Hace falta también tener en cuenta que la necesidad de rehabilitación puede aumentar si hay antecedentes médicos, dolencias crónicas o empeoramiento de la salud debido al envejecimiento.

En estos momentos también tenemos la oportunidad de diseñar, crear o mejorar diferentes protocolos de atención y rehabilitación multidisciplinares.

Las personas que han sufrido la COVID-19, especialmente en su estadio más grave, necesitan y necesitarán rehabilitación como consecuencia del uso de respiradores y de períodos prolongados de inmovilización y reposo en la cama. Algunas de las alteraciones que pueden presentar son:

- Deterioro de la función pulmonar
- Deterioro físico y debilidad muscular
- Cuadros confusionales y otros déficits cognitivos

---

<sup>6</sup> Más información aquí: Organización Mundial de la Salud. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. Disponible en: [WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4](https://bit.ly/2tqgbhme)

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

<sup>8</sup> Más información: CatSalut. Servicio Catalán de la Salud. (2020). Comunicado del Departamento de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2tpxyqs>



- Disfagia y dificultades para comunicarse
- Trastornos de la salud mental y necesidad de apoyo psicosocial

A medida que se van conociendo las secuelas de la COVID-19 se observa una proporción notable de síntomas neurológicos. Los últimos datos clínicos sugieren que aproximadamente entre el 25 y el 30 % de los supervivientes de la COVID-19 presentan nuevos déficits neurológicos.

Se han reportado varios signos neurológicos, entre los cuales se incluyen la agitación y la confusión, el deterioro de la conciencia, la alteración de las funciones ejecutivas superiores, las eventos cerebrovasculares agudos, las encefalopatías, las miopatías/neuropatías y las hipoxias del enfermo crítico, los trastornos cognitivo-comunicativos y la disfagia<sup>9</sup>.

Las tareas que un logopeda puede llevar a cabo con las personas que tienen o han tenido la COVID-19 son muy variadas<sup>10</sup>:

- Evaluación y tratamiento de la disfagia posextubación.
- Evaluación y rehabilitación de la disfagia y la voz por intubación prolongada.
- Evaluación y gestión de la disfagia después de la descompensación.
- Evaluación y gestión de la disfagia por compromiso respiratorio.
- Valoración y gestión de la fuerza respiratoria.
- Valoración y gestión de la coordinación respiración-deglución.
- Gestión de traqueostomías.
- Evaluación de las funciones básicas de la comunicación y rehabilitación de estas a consecuencia de la hipoxia cerebral.
- Implementación de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC).
- Prevención, detección y seguimiento del delirio.
- Preparación y planificación del alta, en la que se incluye la seguridad en la alimentación e indicaciones al cuidador.

---

<sup>9</sup> Más información: 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 en: <https://bit.ly/3crreok>

<sup>10</sup> Más información: Kho, M.E., Brooks, D., Namasivayam-MacDonald, A., Sangrar, R. and 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>

Es importante destacar que la intervención logopédica facilitará que se pueda adquirir un buen estado nutricional y de hidratación mediante la modificación de la textura de los alimentos, los cambios y las recomendaciones posturales, las maniobras compensatorias y la rehabilitación de los órganos bucofonadores.

### **3.2 Adaptación de la clínica logopédica a las nuevas condiciones derivadas del riesgo de contagio**

Los logopedas tienen que conocer los procedimientos y actividades clínicas que están asociadas con los diferentes modos de transmisión del virus, para saber qué precauciones para el control de infecciones deben tener en cuenta.

Las adaptaciones de la clínica logopédica a las nuevas condiciones derivadas del riesgo de contagio se pueden resumir en:

- Minimización de los procedimientos generadores de aerosoles (AGP)
- Utilización de los equipos de protección individual (EPI)
- Incorporación de modalidades de asistencia no presenciales o semipresenciales.

#### **Minimización de los procedimientos generadores de aerosoles (AGP)**

Un procedimiento de generación de aerosoles (*Aerosol Generating Procedures-AGP*) es un procedimiento que da lugar a la liberación de partículas en el aire. Un ejemplo pueden ser la tos o los estornudos. Los AGP pueden generar un riesgo de transmisión de infecciones por el aire, que generalmente solo se propagan por la transmisión de gotas.

Hay que recordar que el SARS-CoV-2/COVID-19 puede transmitirse por secreciones aerosolizadas o por el contacto de gotas infectadas con membranas mucosas (es decir, mediante la respiración por la boca o la nariz, por gotas en los ojos o por gotas recogidas con las manos que se transmiten a la boca, la nariz o los ojos).

Muchos de los procedimientos que se llevan a cabo en los servicios de logopedia pueden ser considerados métodos potencialmente generadores de aerosoles. Unos

porque el procedimiento en sí mismo genera y dispersa aerosoles y otros porque el procedimiento lleva a la persona a generarlos. Estos procedimientos son<sup>11</sup>:

- Prueba de reflejo de la tos. Hay que destacar que se trata de un procedimiento que genera un aerosol de gran riesgo y que no puede llevarse a cabo durante la pandemia<sup>12</sup>
- Evaluación clínica de la deglución, incluidas las evaluaciones de disfagia a pie de cama, que pueden incluir la cura de la boca
- Evaluación clínica de la comunicación y de la función motora oral
- Estudio videofluoroscópico (VFS)
- Nasoendoscopia por fibroendoscopia (FEES) o laringoscopia flexible con o sin videostroboscopia
- Evaluación de los apoyos necesarios para la asistencia en la comida
- Atención y gestión de la traqueostomía con o sin ventilación mecánica.
- Valoración o intervención de la deglución o de la comunicación en personas que requieran: ventilación no invasiva, apoyo respiratorio mediante gafas nasales o mascarilla de oxígeno
- Valoración o intervención de la voz: disfonías
- Valoración o intervención de la deglución en personas con problemas de control de la saliva.
- Valoración o intervención de la comunicación en personas que presentan dificultades comunicativas.

Las limitaciones que nos encontramos para realizar las pruebas instrumentales que diagnostican la disfagia orofaríngea en personas afectadas por la COVID-19 nos sitúa en un escenario donde es fundamental la práctica y la pericia en la evaluación clínica de la deglución, mediante pruebas de cribaje complementadas con una exploración clínica y una evaluación morfoestructural.

A continuación se exponen las limitaciones de las pruebas instrumentales y clínicas en la evaluación de personas afectadas por la COVID-19:

---

<sup>11</sup> Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://bit.ly/2thpp0t>

<sup>12</sup> Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://bit.ly/2thpp0t>

## Videofluoroscopia

Además del riesgo de transmisión que comporta atender una persona en el hospital o trasladarla a radiología y de la necesidad de descontaminación para hacer el estudio, hay que tener en cuenta los siguientes elementos:

- Valorar el riesgo de cada solicitud de VFS para determinar si la evaluación es esencial. Considerarlas solo como derivaciones urgentes de VFS cuando la evaluación clínica no ha sido suficiente para poder diagnosticar el tratamiento y dar recomendaciones sobre este y, por lo tanto, haya un riesgo de broncoaspiración y de desnutrición/deshidratación por disfagia o dudas razonables para poder empezar la nutrición oral.
- Animar a la persona a que se administre de manera autónoma el bolo alimenticio, después de darle la explicación conveniente de la secuencia de los diferentes bolos que debe seguir durante la prueba. Solo en los casos en que el paciente no tenga autonomía, el logopeda estará presente durante el estudio con la protección adecuada.
- Pensar en planificar los procedimientos de VFS al final de las sesiones para reducir los tiempos de limpieza. Entregar el informe al salir de la visita, enviarlo por correo o bien adjuntarlo al sistema informático para evitar que la persona tenga que volver a recogerlo.

## Endoscopia

Las pruebas existentes indican que la densidad viral de la COVID-19 es mayor en la nariz y la nasofaringe.

Durante la pandemia, se tienen que suspender todos los procedimientos relacionados con el contacto primario y la endoscopia conjunta (FEES, evaluación endoscópica de las clínicas de voz mediante laringoscopia flexible con o sin videostroboscopia) a causa del alto riesgo de transmisión del virus.

## **Utilización de los equipos de protección individual (EPI)**

Todo el personal que tenga contacto directo con personas positivas por SARS-CoV-2/COVID-19 o sospechosas de serlo debería conocer los requisitos de uso de los EPI y haberse entrenado en la elaboración y eliminación del material utilizado en las sesiones de acuerdo con la normativa vigente según el ámbito asistencial.

Se recomienda hacer uso de<sup>13</sup>:

- Uniforme, bata y calzado del centro (hay que cambiarlo cada jornada)
- Botas de plástico (en caso de no tener, asegurarse de llevar un calzado cerrado, resistente a los líquidos, y utilizar peúcos de plástico para cubrir el calzado)
- Delantales de plástico desechable para cada paciente
- Gorros de plástico para cubrir el cabello
- Máscara FFP2+máscara quirúrgica
- Protección ocular/visera facial
- Doble guante quirúrgico (guante inferior de una talla y longitud más pequeña que el superior)
- Manguitos y peúcos

Los EPI no se tienen que llevar fuera de las zonas COVID-19.

### **Incorporación de modalidades de asistencia no presencial o semipresencial**

La contención del virus nos limita las posibilidades para llevar a cabo la rehabilitación de la comunicación tanto en los pacientes que han dado positivo por COVID-19 como en los que han dado negativo. Probablemente sea el momento de recurrir a la tele salud (uso de las telecomunicaciones y de la tecnología virtual) para poder atender a todas aquellas personas que se encuentran en el domicilio y que necesitan nuestros servicios<sup>14</sup>.

En este sentido, se aconseja revisar la *Guía teleasistencia Logopedia COVID-19*, elaborada por el Colegio de Logopedas de Murcia y publicada por el Consejo General de Colegios de Logopedas<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Podéis encontrar más información de los protocolos y procedimientos a seguir:

- World Health Organization. (2020). Equipo de protección personal. Disponible en: <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 en: <https://bit.ly/2x02k3o>
- Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio Profesional de Logopedas de Galicia. (2020). Medidas para la reapertura de las consultas de logopedia. Disponible en: <https://bit.ly/2awb6zt>

<sup>14</sup> 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 en: <https://bit.ly/2wgsx3s>

<sup>15</sup> Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio de Logopedas de Murcia. (2020). Guía teleasistencia Logopedia COVID-19. Disponible en: [https://logopedasmurcia.es/wp-content/uploads/2020/05/guia\\_teleasistencia\\_covid19\\_cgcl.pdf](https://logopedasmurcia.es/wp-content/uploads/2020/05/guia_teleasistencia_covid19_cgcl.pdf)

## **4. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en los diferentes niveles asistenciales**

Es importante destacar que la rehabilitación es necesaria durante la fase aguda de la dolencia, la subaguda y la recuperación a largo plazo. A continuación se exponen los procedimientos, patologías e intervenciones logopédicas en las unidades de críticos y agudos, hospitales sociosanitarios, residencias geriátricas y en la atención no hospitalaria, precedidos de las consideraciones previas que todo logopeda tiene que tener en cuenta sea cuál sea el ámbito asistencial de su práctica.

### **4.1 Principios generales para la práctica de la clínica diaria en todos los ámbitos asistenciales**

Se recomienda que los logopedas hagan una evaluación del riesgo antes de la prestación de los servicios clínicos para determinar qué acciones son las adecuadas y reducir así la transmisión del SARS-CoV-2/COVID-19.

Hay que tener en cuenta las siguientes acciones clave:

- Seleccionar, priorizar y modificar los objetivos o el abordaje terapéutico en la programación.
- Tomar precauciones adicionales para evitar la transmisión de gotas y aerosoles.
- Asesorarse y actualizarse sobre el SARS-CoV-2/COVID-19 dentro del propio ámbito asistencial para fomentar la seguridad y el bienestar de las personas usuarias del servicio y del logopeda.

La evaluación y el tratamiento de la disfagia, la higiene oral y los trastornos de la comunicación y de la voz se tendrían que considerar procedimientos que implican AGP.

Cuando la valoración presencial es esencial, se recomienda seguir estas pautas:

- Hacer observaciones visuales y perceptivas a 1,5 m del paciente.
- En lugar de palpación laríngea, observar cuántas degluciones hace la persona.
- Observar los cambios en la calidad vocal.
- Preguntar a la persona por sus impresiones.
- Observar la frecuencia respiratoria.

- Si es esencial para desarrollar una valoración clínica, pedir a la persona que abra la boca para verificar que la cavidad oral esté vacía. Mantener la distancia de 1,5 m<sup>16</sup>.
- Ser prudente en la evaluación de la deglución; por ejemplo: para evitar la tos, empezamos con consistencias más seguras.
- Usar el curso clínico para recoger toda la información médica del paciente y optimizar las interacciones presenciales para decidir qué abordaje es el más adecuado.
- Mejor sentarse junto a la persona, y no delante de ella, manteniendo una distancia segura.
- Considerar estrategias para limitar la interacción a quince o menos minutos.

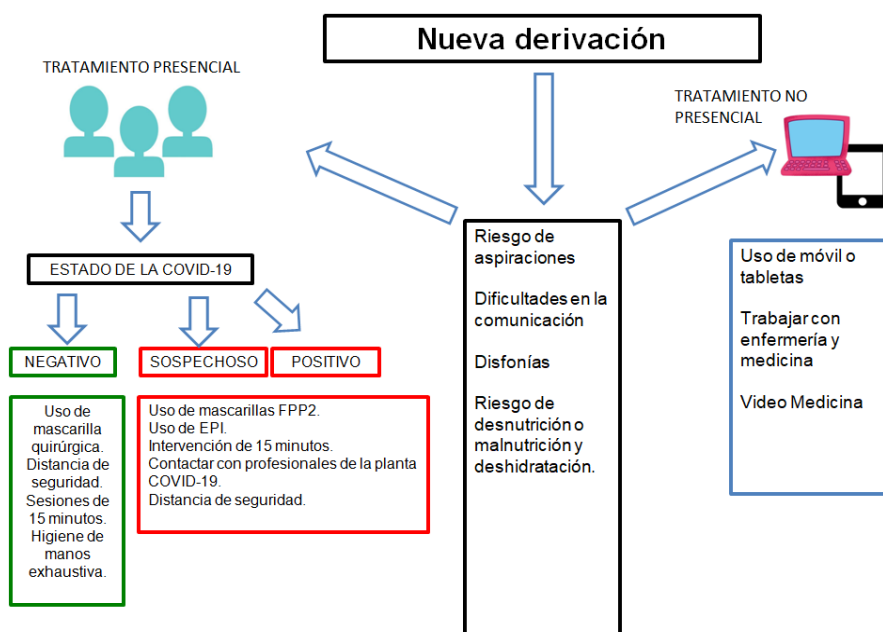


Figura 1. Principios generales para la práctica clínica diaria en todos los ámbitos asistenciales

<sup>16</sup> Speech Pathology Australia. (2020). Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures and infection control during COVID-19 pandemic. Disponible en: <https://bit.ly/2thpp0t>

En resumen, en toda práctica logopédica tenemos que tener en cuenta las siguientes consideraciones previas para decidir nuestra intervención (ver figura 2):

1. Informarse del estado del paciente con relación a la COVID-19 (negativo, sospechoso o positivo)
2. En caso de ser positivo o sospechoso, protegerse con el equipo de protección individual (EPI)
3. Priorizar siempre la valoración telemática a la presencial. En caso de ser esencial la valoración presencial, valorar el balance riesgo/beneficio de esta.



Figura 2. Consideraciones previas para la práctica clínica diaria en todos los ámbitos asistenciales



En los apartados que siguen, se describen los procedimientos, patologías e intervenciones logopédicas en los diferentes niveles asistenciales (ver tabla 1). En el anexo 1 encontraréis infografías que resumen los contenidos de cada uno de los apartados.

| NIVELES ASISTENCIALES  |  |
|--|--|
|  | NO HOSPITALIZACIÓN   |
| <p><b>CRÍTICOS</b></p> <p>Unidad dotada de sistemas de monitorización integrada por medicina intensiva.</p> <p><b>AGUDOS</b></p> <p>Hospitalización para personas con patología médica compleja que requieren una atención integral.</p> <p><b>SOCIOSANITARIO/<br/>RESIDENCIAS</b></p> <p>Hospitalización para personas con necesidades sociales y sanitarias en situación de dependencia.</p> | <p><b>ATENCIÓN PRIMARIA</b></p> <p>Primer punto de acceso presencial al sistema sanitario público.</p> <p><b>CONSULTAS EXTERNAS</b></p> <p>Visitas a médicos especialistas de usuarios derivados por el médico de cabecera.</p> <p><b>CENTROS<br/>CONCERTADOS</b></p> <p>Conjunto de centros sanitarios de titularidad privada, con los cuales el CatSalut contrata la prestación de servicios.</p> <p><b>CENTROS PRIVADOS</b></p> <p>Centros de provisión privados que ofrecen actividad asistencial.</p> |

Tabla 1. Relación y descripción de los niveles asistenciales del sistema sanitario

## 4.2 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en la atención de críticos

### Disfagia

Según la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, el 15 % de las personas infectadas por el nuevo coronavirus presenta cuadros graves y tienen que ser atendidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) <sup>17</sup>. Estas infecciones provocan compromisos respiratorios significativos que requieren el uso prolongado de vías aéreas artificiales (VAA) para mantener una ventilación mecánica invasiva (VMI) mediante la intubación orotraqueal (IOT) o la traqueostomía (TQT).

Las dos técnicas empleadas reducen la tasa de mortalidad, pero la ventilación mecánica prolongada y la duración del ingreso en la UCI contribuyen a que se produzcan cambios en el proceso de la deglución de carácter anatómico y fisiológico.

Algunas de las causas más frecuentes de la alteración en la mecánica deglutoria en estas personas son:

- Traumatismos laringo-faríngeos
- Compresión del nervio laríngeo recurrente
- Deterioro sensorial que aumenta el riesgo de aspiración silente
- Miopatía por desuso de la musculatura empleada en la deglución
- Descoordinación aerodigestiva

La disfagia orofaríngea (DO) a menudo es presente en pacientes ingresados en las UCIs que supone un riesgo para la eficacia o la seguridad de la deglución y, por lo tanto, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Otros factores que incrementan el riesgo de sufrir DO<sup>18</sup> son:

- Existencia y duración de la IOT o la TQT
- Gravedad de la dolencia

---

<sup>17</sup> Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020). COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3e4vyri>

<sup>18</sup> Más información:

- 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., Viole, D., Vázquez, B., Tu, 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.

- Estado de conciencia
- Medicación analgésica
- Disfagia previa
- Paro prolongado de la ingesta oral
- Duración de la estancia hospitalaria (+48 h ingresados en la UCI supone un riesgo de desnutrición)
- Edad avanzada (>55 años)

Las personas ingresadas con disfagia orofaríngea tienen más incidencia de sufrir neumonía, reintubación y mortalidad hospitalaria. Por lo tanto, en este tipo de enfermos, una detección precoz o un tratamiento rehabilitador pueden reducir los riesgos de mortalidad y morbilidad, mejorar el estado nutricional del paciente y acortar la estancia hospitalaria.

Para valorar la disfagia en una persona hospitalizada en la UCI, hay que tener presentes los siguientes criterios previos:

- Discutir con los equipos médicos y de enfermería y revisar las notas médicas.
- Comunicarse de forma regular y programada con el equipo asistencial para mantenerse al día de los problemas y los cambios y proporcionar el apoyo interdisciplinario necesario.
- Recibir formación o apoyo para asegurar una práctica segura y eficaz.
- Utilizar el juicio profesional para valorar cuál es la práctica segura y efectiva en el contexto específico de cada centro y persona.

Si es necesario el cribaje presencial recomendamos tener presentes las consideraciones previas del apartado 4.1 de este documento y considerar el uso de protocolos como el Protocolo Yale Swallow<sup>19</sup>.

Actuaremos cuando la persona presente:

- Estado de alerta óptimo
- 24 h de extubación
- Control laríngeo
- Tolerancia del balón deshinchado, en caso de llevar traqueostomía

---

<sup>19</sup> 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.

## **Alteraciones de la comunicación**

En este ámbito asistencial la atención sanitaria se enfoca a la patología de la persona por razones médicas, pero se desatienden las necesidades emocionales del enfermo.

Ofrecer herramientas de comunicación a las personas ingresadas en la UCI puede mejorar su bienestar y estado psíquico y, para conseguirlo, es necesario un equipo interdisciplinar.

Sería bueno llevar a cabo una valoración específica y una atención individualizada para poder ofrecer herramientas de comunicación al alcance de cada usuario, como podrían ser:

- Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC)<sup>20</sup>
- Nuevas tecnologías, como facilitar videollamadas desde los dispositivos particulares de los enfermos

## **4.3 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en agudos**

### **Disfagia**

Con el SARS-CoV-2/COVID-19 las plantas de agudos de los hospitales han tenido que adaptarse a grandes cambios para poder asumir el volumen de pacientes. En agudos encontraremos dos fenotipos diferentes:

- Personas positivas por la COVID-19 que no han requerido ingreso en la UCI.
- Personas que han sido dadas de alta de la UCI y que en fase aguda de la dolencia han necesitado ventilación mecánica y monitorización constante.

Encontramos, pues, personas con riesgo alto de padecer disfagia orofaríngea.

Para efectuar el cribaje de la disfagia en personas hospitalizadas en agudos, hay que tener presente las consideraciones previas expuestas en el apartado 4.1 de este documento y considerar el uso de protocolos como el Protocolo Yale Swallow<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Original: Patient Provider Communication. (2020). Supporting Communication with Patients who have COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/2zr9rxn>  
Traducción de Alba Badell e Ivet Clemente. Logopedas del Servicio de Rehabilitación del Hospital de Palamós (SSIBE): Colegio de Logopedas de Cataluña. (2020). Apoyo a la comunicación con pacientes con COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3criz3b>

<sup>21</sup> Más información: 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.

El SARS-CoV-2/COVID-19 genera una nueva y gran variabilidad de secuelas muy significativa y dinámica. A pesar de que no existen protocolos estandarizados para la disfagia y la COVID-19 y de que no podemos disponer de conclusiones definitivas, el objetivo es conseguir la ingesta oral con una dieta lo menos restrictiva posible y, a la vez, segura.

Existen tres fenotipos de DO<sup>22</sup> en estas personas:

- Disfagia posectubación: es un trastorno de la deglución y un problema iatrogénico (es decir, debido a uno o varios tratamientos médicos, como la IOT prolongada o la traumática), poco identificado, que presenta riesgos de complicaciones médicas graves. Se puede prevenir si se identifica pronto.
- Disfagia por descompensación: es la dificultad para tragar de forma segura o eficiente que tienen las personas con sonda nasogástrica (SNG), traqueostomía o miopatía del enfermo crítico (pérdida de fuerza y amiotrofia).
- Disfagia por insuficiencia respiratoria: es la alteración de la coordinación respiración-deglución (factor fatiga) e infección respiratoria (neumonía por aspiración).

Hay que tener en cuenta que el procedimiento de valoración de la higiene oral es un AGP<sup>23</sup>.

Actuaremos cuando la persona:

- Presente un estado de alerta óptimo.
- Esté respiratoriamente estable.

Es importante recordar que en el caso de personas con la COVID-19 la insuficiencia respiratoria significativa puede persistir después de la extubación; incluso puede persistir en personas que no la han necesitado. Esto puede originar dificultades para coordinar la respiración y la deglución.

---

<sup>22</sup> Más información:

- 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 en: <https://bit.ly/2zpimpi>
- Sheffler, K. (2020). Are We Ready for Post-Extubation Dysphagia? Disponible en: <https://bit.ly/2tgemdm>

<sup>23</sup> Más información: Public Health England. (2020). Mouthcare for patients with COVID-19 or suspected COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/2lfnfna>

Por todos estos motivos, la valoración y el tratamiento de la DO es muy relevante en una unidad de agudos. Se tendría que asegurar la prestación de este servicio logopédico, sobre todo en los casos considerados urgentes.

### **Alteraciones de la comunicación**

El delirio es un estado, más o menos duradero, caracterizado por una capacidad reducida para cambiar, concentrar y mantener la atención, con trastornos perceptivos (falsas interpretaciones, ilusiones y alucinaciones), trastornos del sueño, y alteraciones del habla, de la actividad psicomotora, de la orientación y de la memoria.

En las personas con la COVID-19 el riesgo de padecer delirio es mayor debido a diferentes factores. La figura del logopeda en este ámbito asistencial puede ayudar a valorar el trastorno de comunicación asociado y asesorar al resto del equipo así como a los familiares<sup>24</sup>.

### **4.4 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en hospitales sociosanitarios y residencias geriátricas**

Las personas mayores tienen un riesgo significativo de sufrir el SARS-CoV-2/COVID-19 a causa de la disminución de la inmunidad y la multimorbilidad. Datos de Estados Unidos y China<sup>25</sup> muestran que las personas mayores de 65 años representan la mitad de los ingresos hospitalarios relacionados con la COVID-19, más de la mitad de los ingresos en las UCI y el 80 % de los fallecimientos.

Las personas mayores sufren las consecuencias más graves, tanto en lo que se refiere a la afectación de la dolencia aguda como a la mortalidad<sup>26</sup>.

En el ámbito sociosanitario y de residencias geriátricas encontraremos tres fenotipos diferentes:

---

<sup>24</sup> Más información:

- 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 en: <https://bit.ly/2yzqkwn>

<sup>25</sup> Más información:

- 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. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa095>
- United Nations. (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. Disponible en: <https://bit.ly/2zktzy1>

<sup>26</sup> Más información: 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)

- Personas con un nivel de afectación de la COVID-19 grave que han requerido ingreso hospitalario en las unidades de críticos o agudos y, posteriormente, ingreso hospitalario en hospitales sociosanitarios.
- Personas con un nivel de afectación de la COVID-19 menos grave que han requerido ingreso hospitalario en hospitales sociosanitarios.
- Personas con un nivel de afectación de la COVID-19 leve que no han requerido ingreso hospitalario.

Actualmente, nos encontramos en una fase inicial de la pandemia de la COVID-19 y no disponemos de mucha información sobre sus consecuencias en la población general y en la población geriátrica, pero lo que sí sabemos es que la población de edad avanzada o con comorbilidades médicas y síndromes geriátricos es la más vulnerable. Este hecho puede estar influido tanto por el proceso de envejecimiento fisiológico como por la disminución de la reserva funcional, que dificulta la lucha contra esta dolencia y las infecciones.

La presencia de síndromes geriátricos puede tener un papel adicional en el empeoramiento del pronóstico y aumentar el riesgo de resultados adversos relacionados con la COVID-19.

Los síndromes geriátricos estrechamente relacionadas con la COVID-19, sobre los cuales hay publicaciones científicas hasta el momento, son:

- Inmunodeficiencia<sup>27</sup>
- Delirio<sup>28</sup>
- Disfagia<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Más información: De 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>

<sup>28</sup> Más información:

- 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, Uno., 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 en: <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 en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa094>

<sup>29</sup> Más información:

- Mattei, A., de la Bretèque, B. A., Crestani, S., Crevier-Buchman, L., Galán, 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

- Aislamiento social e inmovilidad<sup>30</sup>
- Sarcopenia<sup>31</sup>
- Demencia<sup>32</sup>
- Fragilidad<sup>33</sup>

Algunas medidas importantes de salud pública, como el aislamiento social, pueden tener consecuencias físicas y mentales importantes en personas mayores, como la depresión, la ansiedad y la descompensación de dolencias crónicas.

Así pues, el abordaje logopédico en el campo de la geriatría se hace necesario en dos niveles:

1. Personas que han sufrido la COVID-19 en cualquiera de sus niveles de gravedad, en las que habrá que abordar las patologías que se han dado como consecuencia del coronavirus.
2. Personas que no han sufrido la COVID-19, pero que, a consecuencia del aislamiento social, padecen secuelas físicas y mentales.

#### ¿Qué podemos hacer en estos dos niveles?

- Trabajar de manera interdisciplinar integrando de manera transversal las diferentes especialidades.
- Crear nuevas formas de trabajar, tanto de manera interdisciplinar como con los usuarios.
- Centrarnos en el estado de la persona y no en su edad cronológica.
- Prever la aparición de otros síndromes geriátricos.
- Detectar precozmente el deterioro cognitivo y el delirio.
- Seguir las normas de protección y distancia.

---

<sup>30</sup> Más información: Aprahamian, I., & Cesari, M. (2020). Geriatric Syndromes and SARS-COV-2: More than Just Being Old. *J Frailty Aging*. 1–3.

<sup>31</sup> Más información: 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

<sup>32</sup> Más información: 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 en: <https://bit.ly/2zecd0f>

<sup>33</sup> Más información: 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



- Promover la prevención y la rehabilitación.
- Acompañar y dar formación sanitaria a la persona afectada y a sus cuidadores.
- Actualizarnos y formarnos.

### **Intervención del logopeda:**

Antes de hablar de la intervención, hay que recordar que los procedimientos en los que el profesional sanitario entra en estrecho contacto con las vías respiratorias son particularmente susceptibles de causar contaminación por el virus SARS-Cov-2, por lo que hay que usar los equipos de protección.

### **Disfagia:**

Una persona afectada por la COVID-19 puede sufrir disfagia como consecuencia, entre otros, de una IOT, una traqueostomía, una miopatía del enfermo crítico, un delirio o una inmovilidad causada por el aislamiento social. En geriatría, la disfagia tiene una importancia relevante, puesto que se considera un síndrome geriátrico. Así pues, hay que observar con detenimiento a todas las personas mayores afectadas por el coronavirus, sea cual sea la gravedad de su estado<sup>34</sup>.

### **IOT y traqueostomía:**

La musculatura involucrada en la ingesta puede presentar un riesgo alto de debilidad y disfunción después de una IOT, hecho que puede producir disfagia y aumentar el riesgo de neumonía por aspiración, empeorar la calidad de vida y, finalmente, causar la muerte .

En el ámbito sociosanitario y geriátrico, lo más usual es encontrar a la persona extubada con el estoma de la traqueostomía cerrado o en proceso de cicatrización.

En este punto, cuando la persona ya ha dado negativo por la COVID-19, en la intervención logopédica se aconseja:

---

<sup>34</sup> Más información: Bajjens, L. W., Clavo, P., Craso, 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.

- Evaluación e intervención de la deglución<sup>35</sup>
- Valoración e intervención de la higiene oral
- Evaluación e intervención del impacto en la voz de posibles lesiones laríngeas<sup>36</sup>
- Valoración e intervención de otros problemas de comunicación

#### Insuficiencia respiratoria:

Las personas con la COVID-19 que han sido ingresadas en la unidad de críticos o agudos pueden presentar afectaciones respiratorias. La insuficiencia respiratoria puede alterar el mecanismo de deglución-respiración y dar lugar a una disfagia, con el consiguiente aumento del riesgo de desnutrición y deshidratación y el aumento de posibilidades de sufrir una neumonía aspirativa. La insuficiencia respiratoria también incrementa el riesgo de fatiga durante la ingesta.

Tanto la disfagia como la fatiga durante la ingesta pueden afectar negativamente la calidad de vida de estas personas. Por este motivo, es importante llevar a cabo una buena valoración de los mecanismos fonorrespiratorios y de deglución-respiración en estas personas para adoptar las medidas adecuadas, que pueden incluir, entre otras, estrategias de evaluación y compensación, dieta modificada o tonificación muscular.

#### Miopatía del enfermo crítico:

Las personas que sobreviven a una dolencia crítica a menudo se enfrentan a una recuperación larga caracterizada por el desgaste muscular y la disfunción neurológica. Se calcula que las personas ingresadas en atención crítica perderán alrededor del 20 % de la masa muscular durante los primeros diez días de la dolencia crítica.

El 91 % de las personas con la miopatía del enfermo crítico presentan dificultades para tragar. Por lo tanto, hay que garantizar la detección de la disfagia así como su diagnóstico, rehabilitación y seguimiento para asegurar una deglución segura, eficaz y placiente<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Más información: Marvin, S., Thibeault, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter?. *Dysphagia*, 34(2), 210-219.

<sup>36</sup> Más información: Bosque, M. D., Palomar, M. & Esteban, R. (2015). *Lesiones laríngeas postintubación endotraqueal. Factores de riesgo asociados*. Universidad Autónoma de Barcelona; Barcelona.

<sup>37</sup> Más información: 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.

## Delirio:

En geriatría, el delirio, igual que la neumonía, es una complicación muy común de las dolencias respiratorias. Los primeros estudios indican que entre el 20 y el 30 % de las personas con la COVID-19 presentarán o desarrollarán delirio o cambios en su estado mental durante la hospitalización.

La presencia de un delirio grave puede retrasar el alta. Aun así, los síntomas oscilantes pueden persistir durante muchas semanas y, por lo tanto, cabe esperar que algunas personas sean dadas de alta con síntomas de delirio en el domicilio, en residencias geriátricas o en hospitales sociosanitarios.

La logopedia puede contribuir a efectuar un diagnóstico diferencial de los déficits de la deglución y la comunicación y determinar la capacidad de la persona para tomar decisiones<sup>38</sup>.

## Anosmia y disgeusia

La mayoría de las personas diagnosticadas de COVID-19 presentan alteraciones del olfato y del gusto. En un primer estudio realizado con una muestra de 417 personas de cuatro países europeos (España, Francia, Bélgica e Italia) se observó que la sintomatología relacionada con el gusto y el olfato era frecuente. El 85,6 % de las personas presentaban disfunciones olfativas y el 88,0 %, disfunciones gustativas<sup>39</sup>.

El funcionamiento normal del gusto y el olfato juega un papel vital en la nutrición así como en la selección de los alimentos. El olfato y el gusto están estrechamente interrelacionados y una disminución de la función de un sentido a menudo afecta la función del otro.

Las carencias en estos sentidos no reducen únicamente el sabor de los alimentos y bebidas ingeridas, sino que también pueden suponer la ingesta de alimentos en mal estado o de agentes ambientales perjudiciales para la salud que se detectan a través del gusto y el olfato. Los logopedas podemos detectar, valorar y rehabilitar la anosmia y la disgeusia<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> Más información: 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.

<sup>39</sup> Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Buen, S. D., Rodriguez, 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.

<sup>40</sup> Más información:

## Disfonía:

Las personas con la COVID-19 que han sido sometidas a una IOT o traqueostomía pueden presentar alteraciones de la voz como consecuencia de estos procedimientos.

En una revisión sistemática del 2018<sup>41</sup> se constató que el 83 % de las personas que habían estado intubadas presentaban lesiones laríngeas posintubación. Muchas de estas lesiones eran heridas leves, a pesar de que en el 13-31 % de los casos se trataba de heridas moderadas y graves. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron la disfonía (76 %), el dolor (76 %), la voz ronca (63 %) y la disfagia (49 %).

## **4.5 Procedimientos, patologías e intervención logopédica en la atención no hospitalaria**

Por atención no hospitalaria entendemos la atención primaria, los centros concertados, las consultas externas hospitalarias y las consultas privadas.

En los apartados anteriores hemos visto que el SARS-CoV-2/COVID-19 y las técnicas utilizadas para tratarlo generan unas secuelas que requieren la intervención logopédica y que todavía no disponemos de mucha información sobre la evolución a medio y largo plazo.

Las secuelas que con más probabilidad atenderemos en el ámbito de la logopedia no hospitalaria son la disfagia, la disfonía, la disgeusia y la anosmia. También encontraremos personas con otras patologías previas que han empeorado debido al aislamiento (afasia, disartria, etc.), pero no son objeto de este documento.

En este ámbito observamos dos tipos de personas con SARS-CoV-2/COVID-19<sup>42</sup>:

- Personas que han sido hospitalizadas y que, una vez superado el estadio más grave de la dolencia, vuelven al domicilio, donde tienen que pasar 14 días en aislamiento domiciliario desde el momento del alta hospitalaria bajo la supervisión de su centro de atención primaria (CAP) de referencia.

- 
- 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. M. (2016). Abordaje integral en la rehabilitación funcional del olfato y del gusto desde un enfoque fonoaudiológico. *Rev. Fed. Plata. Zoco. Otorrinolaringol*, 5-11.

<sup>41</sup> Más información: 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.

<sup>42</sup> Más información: CanalSalut. Gencat. (2020). Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en la fase de desconfinamiento. Indicadores de seguimiento. Disponible en: <https://bit.ly/2wnvzir>

- Personas que no requieren ingreso hospitalario y que se encuentran en situación de aislamiento domiciliario bajo la supervisión de su CAP. Este aislamiento se mantendrá hasta que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de catorce días desde el inicio de los síntomas. En cuanto a los casos asintomáticos (detectados por PCR u otros) el aislamiento se debe mantener hasta que transcurran 14 días desde la fecha del diagnóstico.

Estos períodos son importantes para valorar el tipo de abordaje que planteamos.

Todavía no disponemos de suficiente información sobre las secuelas que afectarán a las personas con el SARS-CoV-2/COVID-19. Las principales situaciones que actualmente atendemos en el ámbito de la logopedia extrahospitalaria relacionadas con la COVID-19 son **la disfonía y la disfagia**.

A lo largo del documento hemos visto que las personas que han pasado por un ingreso hospitalario tienen más probabilidades de presentar complicaciones relacionadas con nuestro ámbito, en especial las que han necesitado ventilación mecánica.

La incidencia de la **disfonía posextubación** es muy amplia: del 71 % al 83 % de pacientes sometidos a anestesia general<sup>43</sup>. Esta disfonía puede ser debida a lesiones de la mucosa de la cuerda vocal, asimetrías laríngeas, granulomas vocales, luxación de la articulación cricoaritenoides, y en menor medida, a la parálisis de pliegue vocal<sup>44, 45</sup>.

Por otro lado, todas las personas que han sufrido la COVID-19 (hayan sido ingresadas o no) pueden presentar alteraciones de la voz debidas al sobreesfuerzo de la tos, la dificultad para respirar, el uso de inhaladores, etc.

En la situación actual hay muchas limitaciones para poder realizar las pruebas instrumentales, pero siempre hay que tener un buen **DIAGNÓSTICO** del estado y la funcionalidad de los pliegos vocales para planificar el tratamiento y hay que ser prudentes hasta que no dispongamos de este.

En cuanto a la **disfagia**, ya hemos visto anteriormente que las técnicas de respiración asistida pueden provocar una serie de patologías adquiridas que producen disfagia. Skoretz y otros (2014) demuestran que la ventilación mecánica durante más de 48

---

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

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

<sup>45</sup> Más información sobre las lesiones laríngeas más frecuentes en pacientes intubados: 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.

horas aumenta la disfagia hasta el 51 %<sup>46</sup>. Con las técnicas de ventilación invasiva también se pueden provocar traumas orofaríngeos o laríngeos, reducción de la sensibilidad laríngea y disincronía entre respiración y deglución, que altera la coordinación entre el cierre laríngeo, la apnea de la deglución y la apertura del esfínter esofágico<sup>47</sup>.

Por otro lado, las personas que no han necesitado respiración asistida pueden presentar dificultades en la deglución por la descoordinación debida al hecho de tener que respirar con una frecuencia superior a la habitual<sup>48</sup>.

También sabemos que muchas de estas personas sufren anosmia y disgeusia y que en caso de no recuperarse de forma espontánea, habría que valorar posibles tratamientos.

*Para más información consultad el punto 4.4 de este documento.*

### **¿Cómo actuamos?**

La atención extrahospitalaria tiene como característica que la persona permanece en su domicilio, con lo cual se incrementa el grado de incertidumbre de posibles personas asintomáticas. En la situación actual hay que valorar muy bien el RIESGO/BENEFICIO de la asistencia presencial en los centros para limitar al máximo la posibilidad de contagio del paciente y de los profesionales.

En resumen, **tenemos que planificar la intervención tal como lo haríamos con cualquier paciente, adaptarnos a la actual situación de la COVID-19** y tener presente que son personas que pueden presentar algunos de los síntomas descritos, como por ejemplo fatiga o descoordinación respiratoria. Encontraréis indicaciones generales en el anexo 1.

Antes de un encuentro frente a frente, según la Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT)<sup>49</sup>, hay que valorar:

- El estado actual de la persona con relación a la COVID-19. .
- Las necesidades de EPI.
- La urgencia de la evaluación o intervención.

---

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> Más información: Vera-González, R. (2019). Disfagia Puesto Extubación en Pacientes Críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 34(3): 1-8.

<sup>48</sup> Más información: Sheffler, K. (2020). Are We Ready for Post-Extubation Dysphagia (COVID-19)? Disponible en: <https://bit.ly/3fzj6oo>

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

También aconsejamos:

- **Revisión en profundidad de la historia clínica:** estado actual con relación a la COVID-19, informe hospitalario (tiempo de hospitalización, UCI, necesidad de ventilación asistida, de qué tipo, posiciones, complicaciones, si se ha realizado alguna **exploración relacionada con la disfagia o el estado de los pliegos vocales**). No hay que perder de vista las patologías previas como pueden ser la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias o la diabetes, entre otras.
- **Entrevista telefónica:** Hay mucha información inicial que podemos recoger en esta entrevista. Aconsejamos pasar un cuestionario antes de la visita en el centro (ver anexo 2). Para tener una idea más precisa de la situación de la persona podemos comentar el cuestionario EAT-10 para efectuar un cribaje de la disfagia<sup>50</sup>. En cuanto a la calidad de la voz, la podemos valorar de forma aproximada perceptivamente con el GRBAS<sup>51</sup> o el CAPO-V<sup>52</sup> (con las limitaciones del sonido telefónico) y prestar especial atención en intentar descartar la voz húmeda. También podemos valorar el disconfort vocal de la persona con el VHI-10. Si es posible valoramos el tiempo máximo de espiración y de fonación y calculamos el índice s/z. Nos interesa saber también si está recibiendo otros tratamientos de rehabilitación respiratoria o física o si precisa oxígeno en el domicilio, entre otros.
- Si es posible, **intercambiar información** entre el logopeda y el personal de enfermería o de medicina de familia del equipo de atención primaria (EAP), especialmente de las personas con pluripatologías (diabetes, hipertensión, etc).

**Con toda esta información habrá que decidir si iniciamos el tratamiento presencial (en la consulta o en el domicilio), semipresencial o telemático.** Esta decisión es revisable en función de la evolución y las circunstancias.

Siempre que se opte por el trabajo presencial, hay que tener presentes las medidas de higiene y seguridad recogidas en el documento *Medidas para la reapertura de las consultas de logopedia*, elaborado por el Colegio Profesional de Logopedas de Galicia y publicado por el Consejo General de Colegios de Logopedas<sup>53</sup>. Recordad que la evaluación y el tratamiento de la disfagia, la higiene oral, el habla, la valoración o el

---

<sup>50</sup> Colegio de Logopedas de Cataluña. (2018). Atenció a la disfàgia orofaríngia en los diversos àmbitss del sistema de salut. Document de consens. Disponible en: <https://bit.ly/2xaerav>

<sup>51</sup> Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice (Vol. 5)*. New York: Springer-Verlag.

<sup>52</sup> Original: ASHA. (2006). Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPO-V). Special Interest Division 3, Voice and Voice Disorders.

Adaptación bilingüe catalán-castellano: Calaf, N. (2017). Adaptación y validación de una versión bilingüe (catalán/castellano) del protocolo Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPO-V) para la evaluación clínica de la calidad vocal. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

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

tratamiento miofuncional, etc. también se tienen que considerar procedimientos generadores de aerosoles y, por lo tanto, se deben utilizar las medidas adecuadas.

**Se recomienda seguir las pautas ya citadas anteriormente, en el apartado 4.1, para logopedas de todas las unidades.**

En cuanto a la modalidad semipresencial o telemática, se aconseja revisar la *Guía teleasistencia Logopedia COVID-19* elaborada por el Colegio de Logopedas de Murcia y publicada por el Consejo General de Colegios de Logopedas<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio de Logopedas de Murcia. (2020). Guía teleasistencia Logopedia COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/2z7rjg3>



## 5. Conclusiones

La pandemia del SARS-CoV-2/COVID-19 ha creado unas nuevas necesidades en el desarrollo de la actividad asistencial logopédica, tanto por el aumento de las demandas asistenciales para atender a aquellas personas que sufren la COVID-19 o sus secuelas como por la adaptación de la clínica logopédica a las nuevas condiciones derivadas del riesgo de contagio.

Por un lado, el riesgo de contagio de la COVID-19 en la práctica logopédica obliga a extremar las medidas de protección e higiene, a reducir al mínimo la práctica de procedimientos generadores de aerosoles (muy frecuentes en la clínica logopédica) y a utilizar correctamente los equipos de protección individual.

Hay que destacar que el 15% de las personas infectadas por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 presentan cuadros graves y tienen que ser atendidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). También hay que resaltar que la disfagia orofaríngea (DO) a menudo es presente en pacientes ingresados en las UCI, hecho que pone en riesgo la eficacia o la seguridad de la deglución y, por lo tanto, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. En las UCI hay que velar también por el bienestar psíquico del enfermo y ofrecerle herramientas de comunicación.

En las unidades de hospitalización de agudos podemos encontrar personas con COVID-19 con 3 fenotipos diferentes de disfagia orofaríngea: DO por oclusionamiento, DO por descompensación y DO por insuficiencia respiratoria. En estos casos es imprescindible hacer una valoración de la deglución y de la higiene oral y efectuar una intervención logopédica. En estas unidades los enfermos de COVID-19 corren el riesgo de sufrir delirio, con las alteraciones de comunicación que este comporta.

En hospitales sociosanitarios y residencias geriátricas hay que tener presente que la presencia de síndromes geriátricos, como la inmunodeficiencia, el delirio, la disfagia, el aislamiento social e inmovilidad, la sarcopenia, la demencia o la fragilidad pueden tener un papel adicional en el empeoramiento del pronóstico de los pacientes con COVID-19. La intervención logopédica en estos casos también resulta imprescindible.

Finalmente, las secuelas que con más probabilidad atenderemos en el ámbito de la logopedia no hospitalaria son la disfagia, la disfonía, la disgeusia y la anosmia.

Por lo tanto, es imprescindible que los logopedas que estamos trabajando en todas estas unidades estemos muy formados y preparados frente a estas nuevas necesidades para atender a las personas con la COVID-19 de forma óptima y con el mínimo riesgo tanto para ellos como para nosotros mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

### Guías nacionales e internacionales:

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

Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y Colegio de Logopedas de Cataluña. (2018). *Atenció a la disfàgia orofaríngea en els diversos àmbits del sistema de salut*. Document de consens. Disponible en: <https://bit.ly/2wnxgiw>

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

Royal College of Speech Language Therapists. (2020). *COVID-19: Maximising the contribution of the speech and language therapy workforce*. Disponible en: <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 en: <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 en: <https://bit.ly/3bq5exz>

### Artículos nacionales e internacionales:

Anderson, L. (2020). Providing nutritional support for the patient with COVID-19. *British Journal of Nursing*, 29(8): pp.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., Viole, D., Vázquez, B., Tu, 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 me unidade de terapia intensiva. *CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, *25*(1). <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000100002>

Trillo, S., & Yerro, 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.

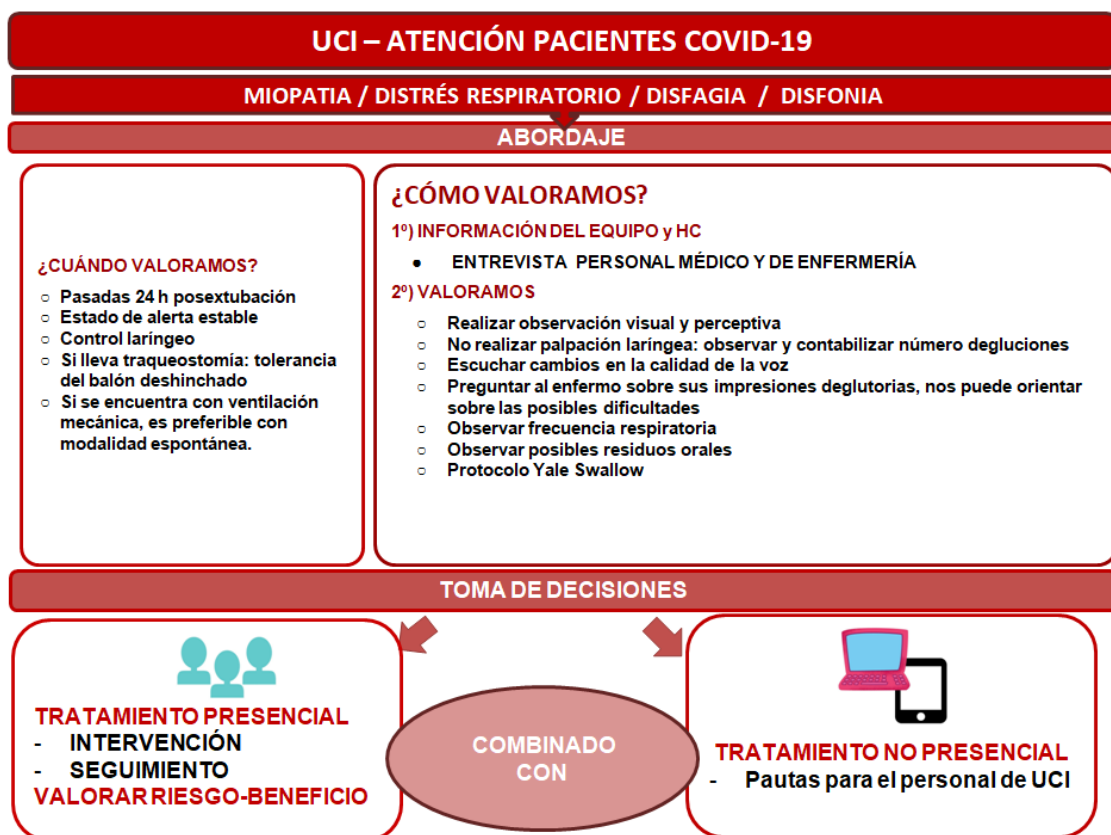
Zhou, F., Yu, T., Lleva, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30566-3)

## **AGRADECIMIENTOS**

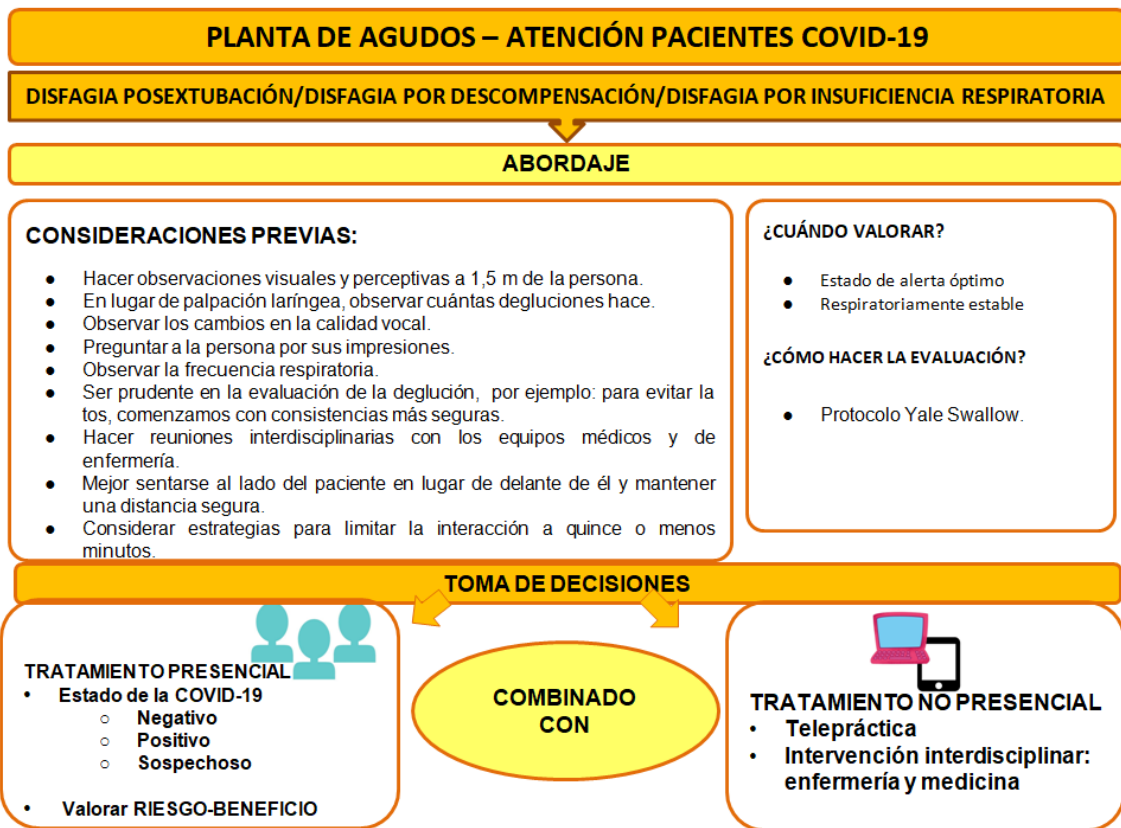
Queremos agradecer al grupo de logopedas estatal que se ha formado debido a la situación de la pandemia el trabajo de recoger y clasificar la información sobre la COVID-19 relacionada con la logopedia.

## ANEXO

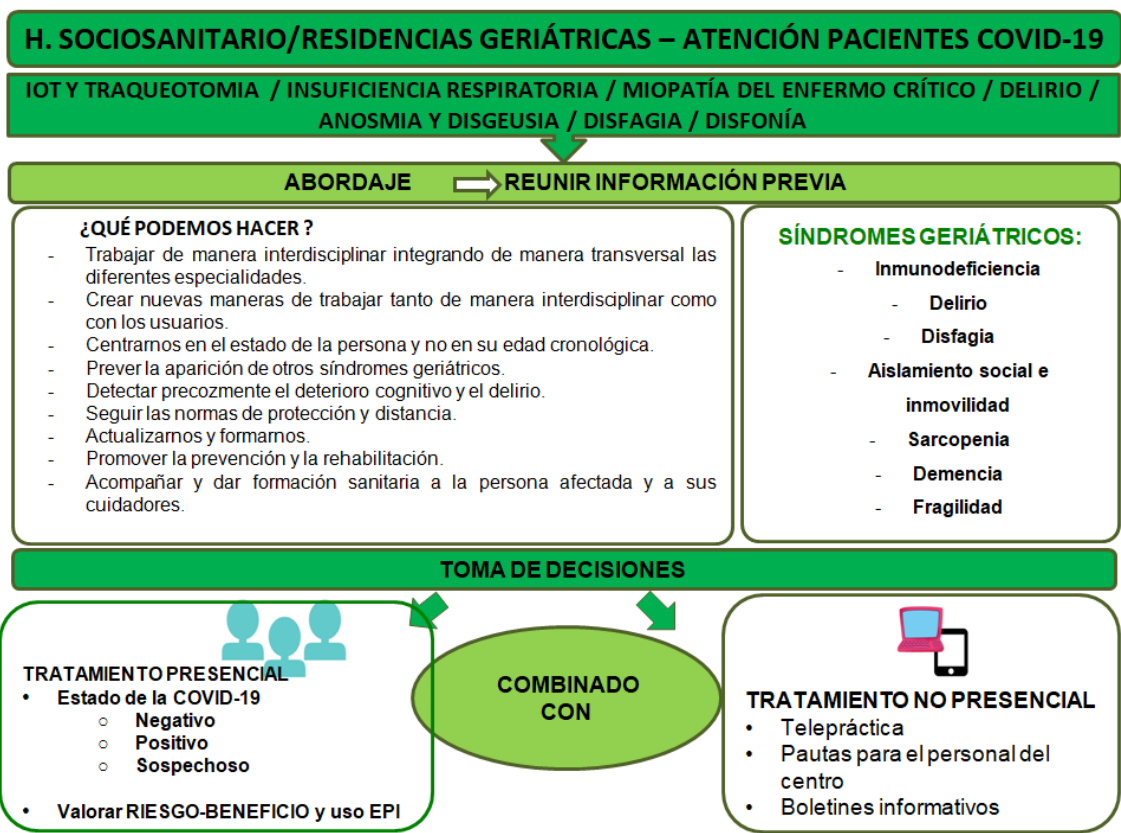
### Anexo 1. Infografías sobre procedimientos, patologías e intervención logopédica en los diferentes niveles asistenciales



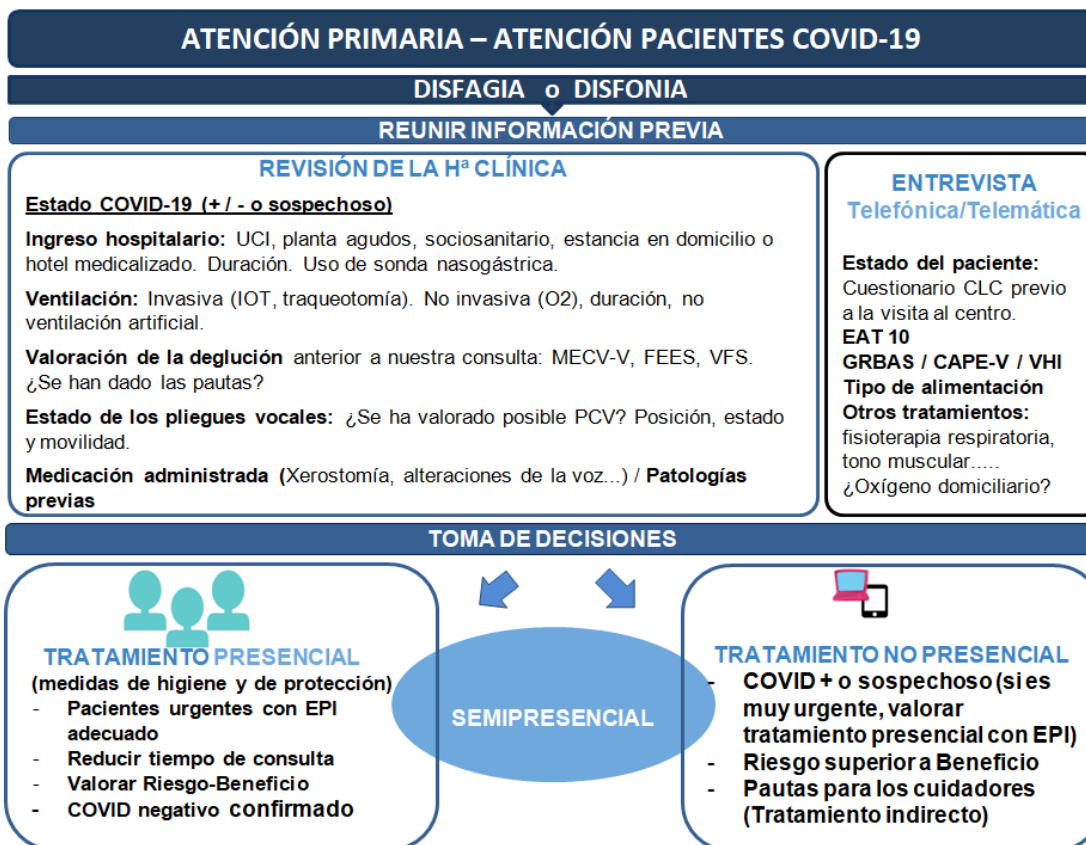
Infografía 1. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en la atención de críticos



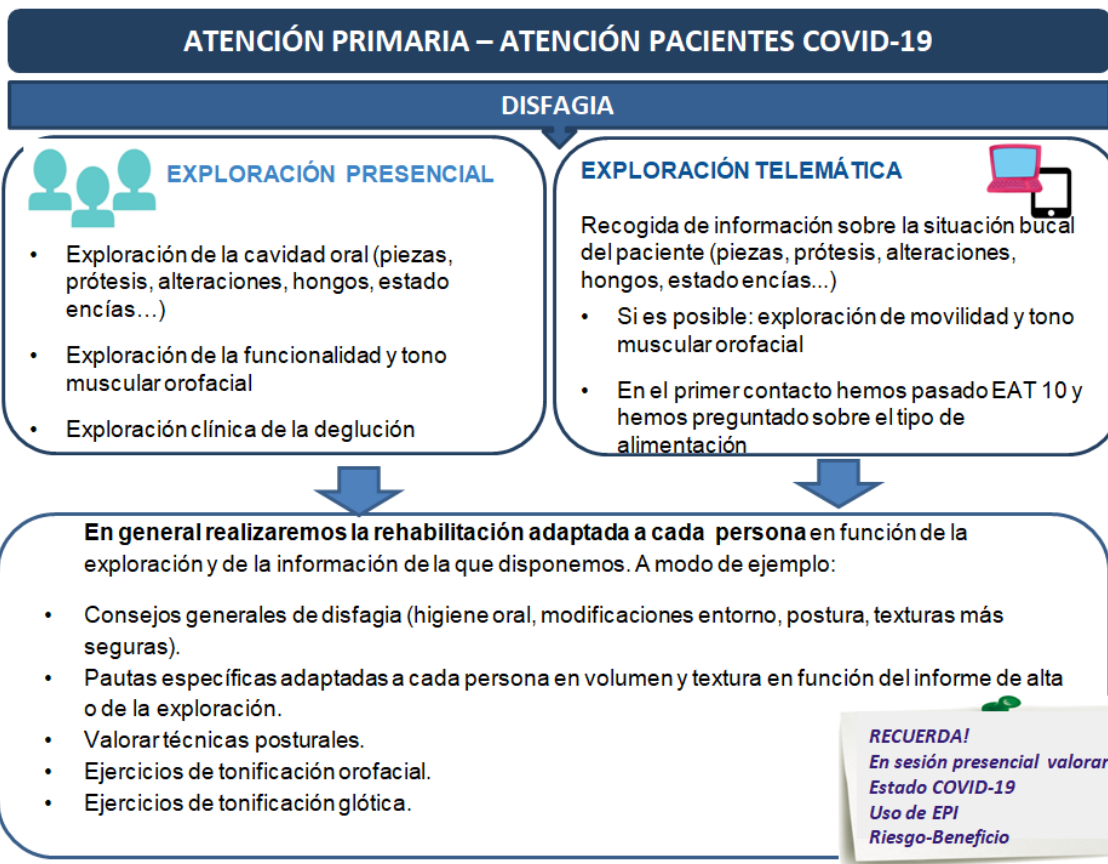
Infografía 2. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en agudos



Infografía 3. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en hospital sociosanitario y residencias geriátricas

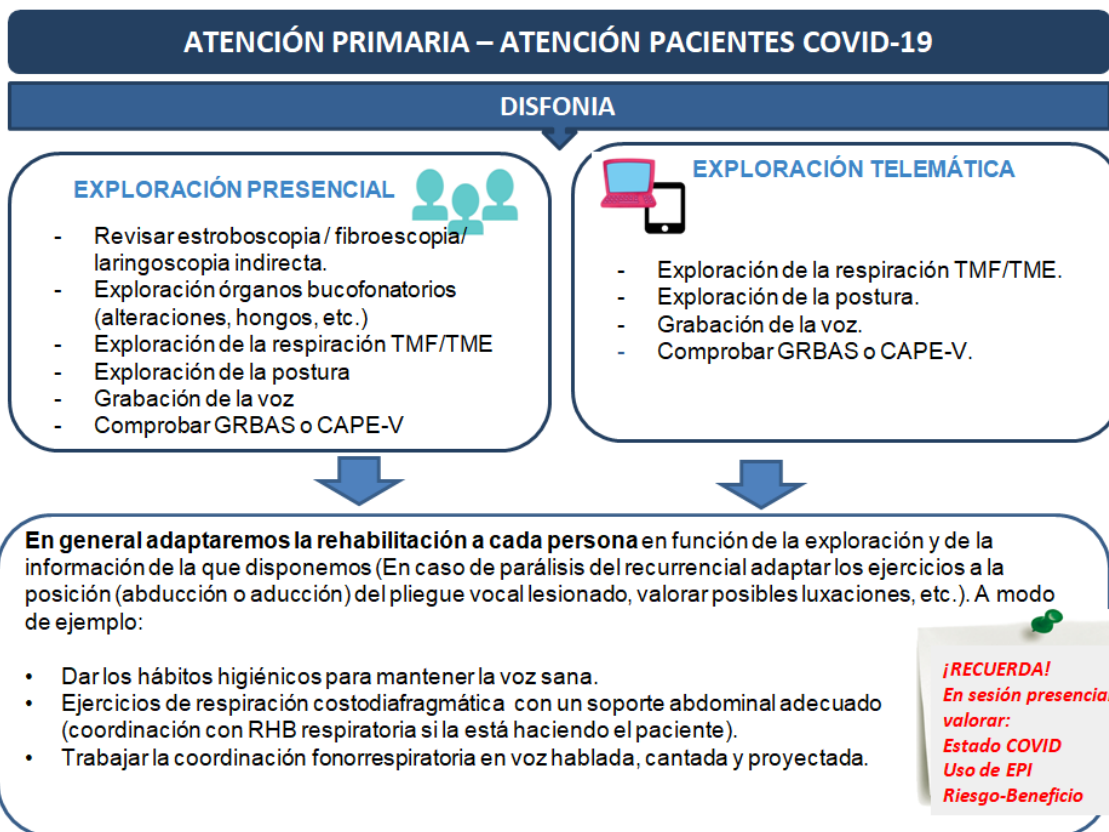


Infografía 4. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en atención no hospitalaria (1)



Infografía 5. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en atención no hospitalaria (II)





Infografía 6. Procedimientos, patologías e intervención logopédica en atención no hospitalaria (III)

## **Anexo 2. Cuestionario a contestar por el paciente previa cita en el centro**

1. Durante los últimos 14 días ha tenido o tiene:
  - ¿Fiebre (temperatura superior a 37,5°)?
  - ¿Tos o cualquier otro signo respiratorio?
  - ¿Ahogo (disnea)?
  - ¿Diarrea u otras molestias digestivas?
  - ¿Sensación de cansancio extremo o malestar?
  - ¿Pérdida de sentido del gusto o del olfato?
  - ¿Alguno otro síntoma compatible con la COVID-19?
2. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?
3. ¿Ha pasado la dolencia de la COVID-19? En caso de haberla pasado, ¿cuánto tiempo hace?
  - ¿Sufre alguna de las siguientes dolencias: Diabetes, dolencia cardiovascular (incluida la hipertensión), dolencia pulmonar crónica, inmunodeficiencia, paciente oncológico en fase activa del tratamiento?
  - ¿Es mayor de 60 años? ¿Está embarazada?

Una respuesta afirmativa en los apartados 1, 2 o 3:

- Temperatura superior a 37,5°: avisar al usuario de posible contagio.
- Temperatura inferior a 37,5°: explicar al usuario que hay que aplazar el tratamiento como mínimo 14 días.

Ninguna respuesta afirmativa en los apartados 1, 2 o 3:

- Temperatura superior a 37,5°: avisar al paciente de posible contagio y de la necesidad de vigilancia activa. Aplazar el tratamiento presencial al menos 14 días.
- Temperatura inferior a 37,5°: se puede realizar el servicio presencialmente de acuerdo con los protocolos indicados.