

CONSENSOS Y GUÍAS

GUÍA Y RECOMENDACIÓN PARA LA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA Y ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN INTERNACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Autores: Dra. Valeria Ton (1), Dr. Pascual Valdez (2)

(1) Doctora en Fonoaudiología. Clínica CIAREC-CABA. Docente Universidad del Salvador. Asociación Argentina de Disfagia.

(2) Médico especialista en Clínica Médica y Terapia Intensiva, Hospital Vélez Sarsfield- GCABA. Profesor Medicina Interna UBA y UNLaM. Sociedad Argentina de Medicina.

RESUMEN

El mundo atraviesa una pandemia que modificó la vida de las personas y generó alarma incluso en los sistemas sanitarios de los países más desarrollados.

Los profesionales fonoaudiólogos abocados a la atención de alteraciones deglutorias, del lenguaje, habla, voz y la cognición en centros hospitalarios y de rehabilitación, debemos enfrentar el desafío y requerimientos que nos plantea en estos días la realidad que impone la pandemia del COVID-19.

La fonoaudiología es una disciplina que cumple un rol esencial en la atención de los pacientes afectados con COVID-19 que cursan con infección respiratoria aguda (IRA). La profesión está siendo muy requerida en el mundo por las secuelas que la afección produce en la deglución y la comunicación, con investigaciones en curso que indican una alta prevalencia de disfagia, desnutrición, alteraciones de la voz y fluctuaciones cognitivas.

Constituye un requisito fundamental el abordaje integral de estos pacientes para el logro de su descomplejización y su rehabilitación funcional e integral.

El propósito de este trabajo es redactar una recomendación para la atención del fonoaudiólogo en internación de pacientes COVID-19 detectados, sospechosos, negativos o post covid negativizados con complicaciones deglutorias, comunicativas y cognitivas.

El abordaje adecuado tenderá a minimizar contagios, organizar recursos humanos, distinguir prioridades según clasificación de pacientes y optimizar tratamientos para mejorar tiempos de alta hospitalaria y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Disfagia. Alteraciones deglutorias. COVID-19. Disfagia postintubación. Aerosolización. Fonoaudiología.

ABSTRACT

The world is going through a pandemic that changed people's lives and caused alarm even in the health systems of the most developed countries.

Speech language pathology professionals dedicated to the care of swallowing disorders, language, speech, voice and cognition in hospitals and rehabilitation centers, must face the challenge and requirements that the reality imposed by the COVID-19 pandemic. Speech and language therapy is a discipline that plays an essential role in the care of patients affected with COVID-19 with acute respiratory infection (ARI). The profession is being highly demanded in the world due to the consequences that the disease produces in swallowing and communication, with ongoing research indicating a high prevalence of dysphagia, malnutrition, voice disorders and cognitive fluctuations.

A comprehensive approach to these patients is a fundamental requirement to achieve their decomplexization and their functional and comprehensive rehabilitation.

The purpose of this work is to write a recommendation for the speech therapist who works in hospitalization and rehabilitation of COVID-19 patients detected, suspected, negative or post-covid with swallowing, communicative and cognitive impairments.

The appropriate approach will try to minimize transmission, organize human resources, detect priorities according to patient classification and optimize treatments to improve hospital discharge, times and quality of life.

KEYWORDS: *Dysphagia. Swallowing disorders. COVID-19. Post-intubation dysphagia. Aerosolization. Speech and language therapy.*

INTRODUCCIÓN

Los fonoaudiólogos, como profesionales esenciales en la atención de los pacientes afectados por COVID-19 enfrentamos un desafío en nuestros estándares de atención, debiéndonos adaptarnos a las circunstancias que la pandemia nos impone.

Desde la emergencia sanitaria anunciada en enero del corriente año, y posterior declaración de estado de pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, se han escrito numerosos consensos y recomendaciones de diferentes sociedades científicas, estos documentos sirven de guías, sin embargo, los agentes de salud deben tener en cuenta como base las recomendaciones de las autoridades locales de cada país en su accionar, ya que éstas van modificándose con el curso de los eventos de la pandemia en cada región.

Al momento de escribir este artículo de revisión el mundo reporta 18.200.000 personas infectadas por el nuevo coronavirus SARS CoV-2. Esta situación ha modificado la forma de vida de las personas, desde la esfera vincular, económica, laboral, social, manteniendo confinado a la mitad del planeta. En Argentina, la situación epidemiológica reporta una disminución de contagios en el personal de salud durante los meses de junio y julio y una a tasa de mortalidad del 1,8 % - inferior a los países de

la región. (1)

La fonoaudiología es una disciplina que cumple un rol esencial en la atención de los pacientes afectados con COVID-19 que cursan con infección respiratoria aguda (IRA). La profesión está siendo muy requerida en el mundo por las secuelas que la afección produce en la deglución y la comunicación, con investigaciones en curso que indican hasta un 53 % de incidencia de disfagia, 75 % en desnutrición, alteraciones de la voz y fluctuaciones cognitivas. (2)

La intervención fonoaudiológica, en el marco del equipo interdisciplinario, se abocará a atender las secuelas y consecuentes complicaciones en su sistema fono-estomatognático. La práctica clínica y las primeras investigaciones ponen de manifiesto la gran prevalencia de disfagia, alteraciones en la voz (3) y en el estado de conciencia y cognitivo de esta población de pacientes.

Estas complicaciones son secundarias a (IRA) que se presenta en una minoría de pacientes infectados- 3 a 32 % (4). Muchos de ellos cursan con requerimiento de intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica, traqueostomía, alimentación enteral, disfagia, debilidad muscular generada por polineuropatía de paciente crítico, asincronía de la coordinación respiratoria deglutoria y respiratoria fonatoria, delirio, manifestaciones neurológicas, alteraciones de la conciencia, sarcopenia y/o fragilidad. (5) En oportunidades esta caracterización llamada síndrome post terapia intensiva (PICS), se presenta en pacientes que padecían otras comorbilidades, o sujetos de edad avanzada, situación que complica aún más el abordaje. (6).

Los pacientes con infección respiratoria aguda por SARS CoV2 que evolucionan desfavorablemente suelen requerir intubación orotraqueal muy prolongada, en ocasiones hasta 18 días, con altos niveles de sedación para tolerar la posición en prono, Estas circunstancias empeoran la evolución cognitiva con cuadros de delirio y desorientación frecuentes y aumento de disfagia y desnutrición. Investigaciones previas revelan que el riesgo de disfagia en pacientes críticos crónicos con miopatía adquirida llega al 91% requiriendo hasta seis meses para su recuperación. (7)

El riesgo de no diagnosticar y tratar la disfagia en estos pacientes conlleva posibles reinfecciones respiratorias, re intubaciones, desnutrición y muerte.

Asimismo, evaluar y proveer un sistema de comunicación adaptado a las posibilidades del paciente, especialmente en momentos de aislamiento de sus familiares, es de vital importancia para disminuir el shock traumático y reinstaurar la tranquilidad del sujeto, promoviendo sus necesidades básicas. (8)

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es redactar una recomendación para la atención del fonoaudiólogo que se desempeña en distintas áreas de internación de pacientes COVID-19 sospechosos, detectados o negativizados con complicaciones deglutorias, comunicativas y cognitivas, basada en revisiones bibliográficas recientes. Facilitar una ruta de abordaje, una optimización de la distribución y cuidado del recurso humano y una metodología de atención por prioridades.

MATERIAL Y METODOS

Se recopilaron datos obtenidos a través de una revisión bibliográfica, declaraciones de organismos gubernamentales y consensos obtenidos a partir de búsquedas relacionadas a infección por SARS CoV-2, COVID-19, disfagia y fonoaudiología. Se analizaron los datos hallados con el objetivo de generar una recomendación de abordaje.

GUIA Y RECOMENDACIÓN

1- Protección personal y de los pacientes.

La diseminación del virus ha sido una de las preocupaciones más temidas en los centros de salud por su alto grado de transmisibilidad.

Las vías de transmisión del SARS CoV2 son:

- Transmisión directa: tos, estornudos, inhalación de gotas.
- Transmisión de contacto: y posterior inoculación por vía oro- nasal- ocular.
- Transmisión de aerosoles: inhalación vía oro – nasal.

Los aerosoles son definidos como la colección de partículas suspendidas en un gas. La diferencia entre las gotas expelidas y los aerosoles son el tamaño de las partículas, ambas vector de transmisión. (9)

Los fonoaudiólogos realizan distintos tipos de intervenciones en contacto con secreciones orales y respiratorias.

El epicentro anatómico del virus SARS -CoV-2 es la vía aérea, la orofaríngea, nasofaríngea y laringe, coincidente con nuestras áreas de abordaje.

Procedimientos fonoaudiológicos generadores de aerosoles (AGPs)

- Manejo de pacientes con traqueostomía
- Manejo de pacientes laringectomizados
- Manejo de paciente en asistencia ventilatoria mecánica, apertura accidental del sistema.
- Manejo de pacientes con uso de VNI (BiPaP- CPaP)
- Manejo de pacientes con uso de alto flujo de O2
- Manejo de pacientes con SNG
- FEES – Evaluaciones interdisciplinaria endoscópica de la deglución.
- Videofluoroscopia de la deglución
- Aspiración de secreciones.
- Técnicas de ejercicios respiratorios y coordinación fono-respiratoria
- Cuidados orales preventivos
- Examen de mecanismos orofaríngeos

- Tos
- Evaluación motora y sensitiva orofaríngea.
- Test de arcada
- Habla

Conociendo la vía de transmisión del virus, su ruta de contacto y el alto índice de contagiosidad, la premisa principal para la atención de nuestros pacientes será el correcto empleo del equipo de protección personal (EPP), adecuado a procedimientos generadores de aerosoles (AGPs). (10)

Todas las evaluaciones que realizamos los fonoaudiólogos en los pacientes COVID-19 son generadoras de gotas y aerosoles, por lo tanto, se deberá utilizar EPP3, que incluya: barbijo N95 cubierto por barbijo quirúrgico descartable, protección ocular, cofia, guantes descartables, camisolín (hidro-repelente en positivos) y máscaras.

Será fundamental el entrenamiento previo en el procedimiento de colocación y retiro del EPP. Ver Fig. A: Fuente: Clínica CIAREC

Los elementos utilizados para evaluación y estimulación deberán ser descartables, o correctamente desinfectados.



Figura A: fuente Clínica CIAREC

Ver Fig. B: Cuadro Uso de EPP según aislamiento

2- Organización del recurso humano del servicio.

La reorganización del grupo de trabajo es uno de los pilares fundamentales a tener en cuenta por los coordinadores o jefes de servicio. La misma deberá realizarse conforme los siguientes criterios:

Edades de riesgo – Comorbilidades - Capacitación en atención de pacientes críticos.

Asimismo, se sugiere tener en cuenta la capacidad de resiliencia y adaptación del profesional a la crisis prestando atención a los temores y situaciones particulares.

La división por sectores o rotación del equipo profesional también ha sido un factor aplicado con diferentes criterios en las instituciones, procurando sostener la continuidad de atención en un mismo sector de pacientes o habitaciones por los mismos profesionales con el fin de evitar aumento de contagios.

Mantener reuniones de equipo virtuales y procurar sostén institucional de los referentes de infectología y salud mental supone un beneficio para la contención y tranquilidad emocional del plantel de trabajo.

3- Clasificación de los pacientes.

La clasificación de pacientes puede realizarse con dos criterios:

- a- **El criterio infectológico** de cada institución, donde se sectorizarán los pacientes según categoría establecida por el establecimiento.

Ejemplo Clínica CIAREC

- Paciente en aislamiento por sospecha o confirmación de covid-19* **(rojo)**: EPP para protección del paciente y el profesional

**Casos confirmados COVID-19: resultados positivos por rtPCR para SARS CoV-2.*

- Paciente en aislamiento preventivo** **(amarillo)**: EPP para protección del paciente y el profesional

*** Son los contactos estrechos asintomáticos de casos sospechosos y confirmados*

- Paciente en aislamiento protector **(verde)*****: EPP para protección del paciente y del personal

**** Resto de los pacientes*

Paciente	Procedimiento	Vía aérea	Antiparras / máscara	Barbijo quirúrgico	Barbijo N95	Camisolín común	Camisolín hemorepelente	Guantes	Cofia
Aislamiento protector	Procedimiento para el aislamiento de pacientes internados	Natural	X	X	X	X		X	X
		Artificial	X	X	X	X		X	X
Aislamiento preventivo	Procedimiento para el aislamiento de pacientes internados	Natural	X	X	X	X		X	X
		Artificial	X	X	X		X	X	X
Aislamiento por sospecha o confirmación de covid-19	Guía para manejo de pacientes sospechosos o confirmados de Covid-19	Indistinta	X	X	X		X	X	X

Figura B: Fuente: Clínica CIAREC

Se puede observar en el gráfico que independientemente al tipo de aislamiento, se utilizan todos los elementos de protección personal EPP para aerosoles, lo que varía es el tipo de camisolín (hidrorepelente o no) y la cofia descartable que se coloca sobre el gorro de tela. También se utilizan máscaras de acrílico para maximizar la protección.

b- El fenotipo de paciente. (Clave, P 2020) señala tres nuevos fenotipos de pacientes que pueden presentar disfagia orofaríngea relacionada a la infección por SARS-CoV-2/COVID-19. Para optimizar la atención será importante realizar una categorización de pacientes y así poder distinguir sus objetivos prioridades de atención, procesos terapéuticos y racionalizar recursos y distribución de personal.

- Pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos, con disfagia asociada a la intubación prolongada, asistencia ventilatoria mecánica, traqueotomía, sedación, alimentación enteral y alteración del sensorio.
- Paciente en planta o piso de internación, con algún tipo de insuficiencia o infección respiratoria, neumonía, alta concentración de oxígeno o ventilación no invasiva (VNI), alimentación enteral.
- Pacientes sub-agudos post COVID-19, algunos con comorbilidades neurológicas, secuelas respiratorias con o sin traqueostomía, alimentación enteral o mixta.

Adaptación realizada de la opinión de expertos del hospital de Mataró, Cataluña. (11)

4- Metodología de atención por prioridades. Sugerencias.

Los pacientes COVID-19 en unidades de cuidados críticos por inestabilidad respiratoria suelen tener o haber presentado intubación orotraqueal prolongada (IOT) con asistencia ventilatoria mecánica, en general más de dos semanas hasta que se les realiza una traqueostomía, si no han logrado una desvinculación exitosa de la asistencia ventilatoria.

La IOT prolongada dejará secuelas provocando trauma oro-farigolaríngeo, edema, desuso muscular, alteración sensitiva, reducción de la movilidad de cuerdas vocales, reducción en los mecanismos de protección de la vía aérea y alteración del mecano y quimio-receptores de la mucosa faríngea y laríngea con consecuente disfunción del acto motor deglutorio y la fonación. (7)

El rol del fonoaudiólogo en la rehabilitación del paciente traqueostomizado es esencial para la rehabilitación de las competencias deglutorias y fonatorias alteradas por desuso de la vía superior. (12)

Debemos categorizar en estos pacientes los distintos momentos de abordaje según su clasificación por infectología.

a- En pacientes COVID-19 sospechosos o positivos se sugiere:

- En unidad de cuidados intensivos con inestabilidad respiratoria o hemodinámica, alteración del estado de vigilia y alerta, mantener alimentación vía enteral y monitorear a través del resto de los profesionales intervinientes la evolución para encontrar el momento oportuno de comenzar la evaluación y tratamiento. (13)
- Ante necesidad de decisión de vía de alimentación en paciente con dificultad respiratoria de moderada a severa, colocar sonda naso-enteral hasta la estabilización respiratoria. Es importante recordar que la coordinación respiración-deglución es un factor fundamental en la seguridad y protección de la vía aérea. Pasado el período respiratorio crítico, comenzar evaluación y tratamiento de deglución con EPP3. (14)
- En pacientes estables hemodinámicamente, lúcidos y alertas, con traqueostomía y asistencia ventilatoria mecánica (AVM), mantener alimentación enteral, asistirlos con comunicación alternativa o aumentativa (CAA), preferentemente carteles de baja tecnología adecuados a sus capacidades cognitivas y lingüísticas. Es importante instruir a los enfermeros, médicos y el resto del equipo de tratamiento en la utilización de estos. El recurso de CAA colaborará a mejorar la angustia y el aislamiento del paciente. (12) Realizar con cartelería o por vía virtual ejercitación orofacial y promover la auto higiene oral preventiva y como estímulo sensorial. Mantener circuito cerrado de AVM. Usar EPP3.
- En pacientes estables, lúcidos y alertas, con traqueostomía sin AVM, mantener el balón inflado y no utilizar puerto subglótico para fonación mientras el paciente sea

positivo. Si utiliza válvula fonatoria y balón desinflado con buena tolerancia, se sugiere ocluir válvula. Evaluar con el equipo médico mantener alimentación enteral. Realizar ejercitación oral, promover la higiene bucal y estímulos sensoriales orales y CAA. (12)
Uso de EPP3

- En paciente con estabilidad respiratoria, vía aérea natural, que requieran evaluación deglutoria, sin disfagia previa, se sugiere aplicar screening o cribado. Ej: MECV-V (Clave, P. et al), Protocolo de deglución de Yale (Suiter et al.) (14) y aplicar maniobras compensatorias, posturales y adaptación de consistencia de la dieta si fuese necesario. (11)

b- En pacientes en salas de internación general, unidades cerradas o centros de rehabilitación (clasificación infectológica mencionada), continuar la atención y tratamiento de la disfagia para manejo de saliva, secreciones y alimentos, rehabilitación de deglución en pacientes traqueostomizados, fonación, lenguaje, habla y rehabilitación cognitiva. Extremar las medidas de seguridad con uso de EPP3 en todos los casos. (14) (15)

- En pacientes sin traqueostomía que han sobrevivido a prolongados períodos críticos o tienen comorbilidades neurológicas, realizar evaluaciones clínicas de deglución que contemplen aspectos motores y sensitivos oral, lingual, velar, faríngeo, por ejemplo: evaluación de pares craneales, praxias oro-linguofaciales, excursión hiolaríngea, auscultación cervical, pruebas de ingesta, cribado de cognición, voz y lenguaje. Utilizar EPP3.
- En pacientes con traqueostomía proceder a la habilitación de la vía aérea superior a través del desinflado del balón y uso de válvula fonatoria, si tolera ocluir. Utilizar evaluación clínica completa, auscultación cervical y blue test. Progresar lentamente en la recuperación de las funciones de la vía aérea superior, presiones y válvulas alteradas por desuso. Utilizar EPP3.
- Realizar siempre que sea posible, evaluaciones instrumentales deglutorias en pacientes post COVID-19 que tuvieran IOT prolongadas y traqueostomía, ya que existe un alto porcentaje de fallas de protección de la vía aérea asintomáticas, es decir, aspiraciones silentes que no suelen ser detectadas a la evaluación clínica. Especialmente en los pacientes que han pasado prolongados períodos críticos con asistencia ventilatoria mecánica en centros de rehabilitación. Los estudios instrumentales pueden ser videofluoroscopia y/o videoendoscopia de la deglución, luego de dos hisopados negativos. Utilizar EPP3.

c- Promover la continuidad de tratamientos al alta del paciente por medio de tele-terapia o tele-rehabilitación.

Ver Figura 3

METODOLOGIA DE ATENCIÓN POR PRIORIDADES - SUGERENCIAS				
Paciente	Fenotipo	Vía Aérea	Procedimiento	EPP
Aislamiento por sospecha o confirmación de COVID-19	UCI No alerta Inestable respiratorio	Artificial AVM	Alimentación enteral-SNG Monitorear a través del equipo para encontrar momento oportuno de abordaje	3
	Alerta Inestable o estable respiratorio	Artificial Con o sin AVM	CAA – SNG- Mantener circuito cerrado AVM – Cuidado y estímulo oral remoto o distancia	3
	Alerta Estable respiratorio	Natural	Cribado de disfagia. MECV-V o Protocolo de deglución de Yale- Adaptación de alimentos y posturas.	3
A Aislamiento por preventivo	Pisos Unidades cerradas Rehabilitación	Artificial	CAA- - Rehabilitación y rehabilitación vía aérea superior y deglución con válvula fonatoria. Evaluación Clínica deglutoria completa. Ausculta cervical. Blue test.	3
	Pisos Unidades cerradas	Natural	Evaluación clínica deglutoria completa- Evaluación cognición-	3

	Rehabilitación		Lenguaje	
Aislamiento protector Negativizado	UCI	Artificial AVM y /o Natural	CAA- Rehabilitación y rehabilitación vía aérea superior y deglución con válvula fonatoria. Evaluación Clínica deglutoria completa. Ausculta cervical. Blue test. Evaluación con VFSS o FEES	3
PROMOVER LA CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN POR TELETERAPIA				

CONCLUSIÓN

El abordaje adecuado, previendo el correcto uso de protección personal para cuidar al fonoaudiólogo y a los pacientes debe ser el paso previo a toda intervención, minimizando así riesgos y temores para continuar con la asistencia requerida y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

La organización de los equipos de trabajo, detectando debilidades y fortalezas colaborarán a una mejor distribución de taras por áreas de pacientes.

La clasificación de los pacientes en sus distintos fenotipos y por situación infectológica nos permitirá distinguir prioridades, organizar tratamientos, optimizar esfuerzos y obtener mejores resultados.

La utilización de guías y la regulación a la exposición de aerosoles según la necesidad de cada paciente permitirá optimizar los recursos.

Será importante adecuarnos a los momentos oportunos de abordaje en cada caso, para obtener las mejores respuestas al tratamiento sin dejar de brindar la atención requerida.

Las recomendaciones nacionales e internacionales resaltan la necesidad de brindar asistencia para la comunicación al final de la vida. El Fonoaudiólogo será un pilar en esta instancia, estableciendo los medios de CAA propicios para cada caso. (16)

CONFLICTO DE INTERESES: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rearte A, Vizzotti C. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PRIMEROS 116 974 CASOS DE COVID-19 EN. *Rev ARGENTINA SALUD PÚBLICA*. 2020; *covid-19(sala de situación)*.
2. Clave P. *Oropharyngeal Dysphagia in Patients With COVID-19*. *Clin trials.gov*. 2020; en curso.
3. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, Cabaraux P, Mat Q, Huet K, Harmegnies B, et al. *Features of Mild-to-Moderate COVID-19 Patients With Dysphonia*. *J Voice*. 2020;
4. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. *Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy*. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(16):1574–81.
5. Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid A. *Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review*. *Dysphagia [Internet]*. 2020;35(4):549–57. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>
6. Brodsky MB, Gilbert RJ. *The Long-Term Effects of COVID-19 on Dysphagia Evaluation and Treatment*. *Arch Phys Med Rehabil [Internet]*. 2020;19–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.05.006>
7. Brodsky MB, Huang M, Shanholtz C, Mendez-Tellez PA, Palmer JB, Colantuoni E, et al. *Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors: A 5-year longitudinal study*. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(3):376–83.
8. Namasivayam-MacDonald AM, Riquelme LF. *Speech-Language Pathology Management for Adults With COVID-19 in the Acute Hospital Setting: Initial Recommendations to Guide Clinical Practice*. *Am J Speech-Language Pathol*. 2020;1–16.
9. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. *Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a Symptomatic Patient*. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(16):1610–2.
10. Bolton L, Mills C, Wallace S, Brady MC. *Aerosol generating procedures, dysphagia assessment and COVID-19: A rapid review*. *Int J Lang Commun Disord*. 2020;55(4):629–36.
11. Clavé P, Arreola V, Martín A, Costa A, Nascimento W, Carrión S, et al. *Procedimientos Básicos Para Evaluar Y Tratar La Disfagia Orofaringea En Pacientes Con Infección Por Covid-19. Opinión De Expertos, Guía Práctica Del Hospital De Mataró, Catalunya, España*. 2020;5. Disponible en: <https://www.furega.com/covid-19/covid-esp.pdf> Consultado el 07-08-2020.
12. Zaga CJ, Pandian V, Brodsky MB, Wallace S, Cameron TS, Chao C, et al. *Speech-Language Pathology Guidance for Tracheostomy During the COVID-19 Pandemic: An International*

- Multidisciplinary Perspective. Am J Speech-Language Pathol. 2020;29(August):1–15.*
13. Miles A, Connor NP, Desai RV, Jadcherla S, Allen J, Brodsky M, et al. *Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. Dysphagia [Internet]. 2020;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10153-8>*
 14. Ton V, Santamarina L, Jury S, Silahian V, Ciocchini C, Berystain C, González S, Guerroiro S, Sabena R, Tabacco P, Baigorri C, et al. *Guía y recomendación de la Asociación Argentina de Disfagia para la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19. Asoc Argentina Disfagia. 2020;1:1–8.*
 15. Valdez P, Cámara L, Valentini R, Savia A, Zylberman M, Schejtman A, Romani A, et al. *Recomendaciones para la asistencia integral de los pacientes con infecciones potenciales por Covid-19, desde los cuidados prehospitalarios a la atención en Emergencias y en pacientes hospitalizados. Sociedad Argentina de Medicina (SAM) y Foro de Medicina Clínica Argentina (FMC). Disponible en: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/meducar-institutions/documents/1/5/1-7950-1588121394.1039.pdf> Consultado el 11-08-2020.*
 16. Maglio I, Valdez P, Cámara L. y col. *Guías éticas para la atención durante la pandemia covid-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. Medicina, Buenos Aires 2020; 80 (Supl. III): 45-64.*