



LOGOPEDIA EN TIEMPO DE CORONAVIRUS. PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DE PROTOCOLOS ACTUALES EN EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA.

*Autor: Jaime Paniagua Monreal.
Logopeda en Unidad de Disfagia Hospital Quironsalud Madrid
y en Centro Europeo de Neurociencias.*

Justificación

Las restricciones decretadas durante la crisis del Coronavirus en nuestro país¹ tiene un impacto directo en nuestra práctica profesional. La falta de equipos EPI obliga a plantear unas medidas basadas en el distanciamiento que afecta a la ejecución de la mayoría de las prácticas de intervención en la persona con disfagia. Ello limita la capacidad de actuación del logopeda en el abordaje de la disfagia².

Si tenemos en cuenta que la persona con disfagia padece unos déficit y limitaciones que pueden poner en riesgo su vida así como disminuir su nivel de participación en la misma³, nos encontramos ante un paciente cuya intervención puede considerarse Prioritaria, aunque no Urgente en la mayoría de los casos. Este hecho justifica la búsqueda de soluciones y de creación de protocolos temporales de intervención para poder abordar los casos de disfagia durante la crisis del Coronavirus.

Dado que las fuentes oficiales no terminan de establecer una fecha de finalización del confinamiento actual y se prevé que las medidas se adapten a futuros picos de contagio⁴, conviene comenzar a establecer formas alternativas de intervención alternativas a los sistemas presenciales actuales.

Poder establecer programas de intervención de la persona con disfagia en estas circunstancias es una apuesta a corto y largo plazo dado que, todo indica, que existe un punto de no retorno en nuestra forma de llevar a cabo la práctica clínica⁵.

Se están estableciendo propuestas de intervención al paciente con Covid-19 que haya sido intubado y pueda tener consecuencias a nivel de deglución y/o comunicación⁶. Conviene establecer protocolos de intervención a otra población no infectada de Covid-19 y que siga teniendo necesidades de intervención logopédica, teniendo en cuenta las medidas de restricción en el trato a cualquier paciente con o sin Covid-19.

Perfiles de intervención

Dada la individualidad de cada caso en el abordaje de la disfagia, es difícil establecer perfiles generales de paciente. Debemos entender la disfagia, en la mayoría de los casos, más allá del déficit. Cada caso va a contar con características propias, encontrándonos con un trastorno que afecta a muchas de las actividades de la vida diaria, además de suponer un riesgo de evolución desfavorable en la persona que la padece.

No obstante, podríamos establecer perfiles de acuerdo al momento de la aparición de los problemas y al hecho de contar o no con evaluaciones previas. Si tenemos en cuenta que la situación actual de confinamiento parece alargarse, es fácil que aumenten las intervenciones sin información previa de evaluación instrumental y que existan más variables en las que debemos fijarnos para clasificar las intervenciones con los pacientes.

Durante la crisis del Coronavirus, podrían existir tres perfiles de paciente con disfagia con necesidades de intervención (Tabla 1). Cada uno de esos perfiles estaría sumido en una situación distinta, por lo que sus necesidades serían diferentes así como las acciones a tomar en casa caso. Un aspecto diferenciador entre esos tres perfiles es si el paciente ha sido evaluado en algún momento o no (poder contar con información previa de exámenes instrumentales y/o funcionales de su deglución puede influir en el proceso de toma de decisiones actual⁷). Por tanto, podríamos encontrarnos con los siguientes perfiles de paciente:

Tabla 1. Perfiles de paciente susceptibles de intervención por disfagia. Elaborada por el autor.

Paciente agudo		Paciente subagudo		Paciente crónico	
Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa	Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa	Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa
Posiblemente en situación hospitalaria en inicios de instauración de alimentación o con medidas especiales. En tratamiento rehabilitador o no.	Posiblemente en situación hospitalaria con necesidad de ajuste de dieta. En tratamiento rehabilitador o no. Puede que pendiente de evaluación.	En situación hospitalaria o domiciliaria. En proceso de implementar medidas especiales de nutrición y/o hidratación en domicilio. Posiblemente esté llevando a cabo tratamiento rehabilitador.	En situación hospitalaria o domiciliaria. Con necesidad de instaurar medidas especiales en su nutrición y/o hidratación. En tratamiento rehabilitador o no. Puede que pendiente de evaluación.	Posiblemente en domicilio con situación degenerativa. Posee unas pautas y medidas pueden estar limitadas en la actualidad con necesidad de nueva evaluación.	Posiblemente en domicilio con situación degenerativa o empeoramiento de situación previa. Con necesidad de instaurar medidas de nutrición y/o hidratación por riesgo actual

La situación del paciente va a conllevar necesidades diferentes. En todos los casos exige un riesgo para la vida.

Sería importante tener en cuenta otros perfiles de pacientes de acuerdo a déficit cognitivos existentes. Ya que aquellos pacientes que cuenten con alteraciones cognitivas, bien por accidentes súbitos cerebrovascular, bien por una enfermedad degenerativa, van a tener que tomarse medidas especiales de control⁸.

Barreras y facilitadores en el abordaje

En la situación actual, excepcional, nuestra intervención va a estar condicionada por una serie de Barreras, del mismo modo que vamos a poder contar con unos Facilitadores. Entendemos por Barreras, aquellos agentes que van a limitar nuestra intervención normal (por ej., la distancia social de más de 1 metro), y por Facilitadores, los agentes que van a ayudarnos a poder realizar la intervención (por ej. el uso de las nuevas tecnologías). Una misma situación puede suponer una barrera o facilitador dependiendo del caso (por ej. en el caso de cuidador o de las nuevas tecnologías).

Tener un conocimiento de las posibles barreras y facilitadores nos permite tener claras las variables que pueden influir en la planificación de nuestra intervención para potenciar los puntos fuertes. Nuevamente, tenemos que tener clara que cada caso deberá ser analizado de forma individual con sus puntos fuertes y aspectos a mejorar. En la tabla 2 se reflejan, a grosso modo, posibles barreras y facilitadores que podemos encontrarnos desde un punto generalista, teniendo en cuenta que cada variable incluida en las barreras puede ser un facilitador dependiendo el caso y viceversa.

Tabla 2. Posibles barreras y facilitadores actuales en el abordaje de la disfagia durante la situación de confinamiento

Barreras	Facilitadores
No poder realizar evaluación instrumental y/o funcional de la deglución	Emergencia de nuevas tecnologías
Los desplazamientos y traslados están restringidos	Emergencia de plataformas de teleasistencia gratuitas para contacto por videoconferencia
El paciente puede ser un perfil de riesgo para Covid-19	Uso normalizado de algunas redes sociales, como Whatsapp o Telegram
Falta de acceso a productos específicos de adaptación de alimentos	Acceso telefónico
Dificultad para comprender el lenguaje novedoso relacionado con la disfagia	Posibilidad de hacer un adiestramiento del cuidador (en casos de acceso al mismo)
No poder usar aparatología específica de rehabilitación de la disfagia	Acceso a cuestionarios estandarizados y validados en disfagia
Falta de acceso al acompañante y/o cuidador principal, en algunos casos (por estancia hospitalaria o confinamiento)	Acceso a App de entrenamiento de la disfagia
Dificultad en el manejo de nuevas tecnologías o no acceso a las mismas por protocolo COVID específico.	Acceso a canales de video en internet con información y ejercicios para disfagia
	Posibilidad de generar videos específicos para cada caso

Objetivar cada situación y extraer datos específicos

Es importante poder contar con herramientas de registro que nos permitan, por un lado, extraer toda la información posible para hacer una adecuada toma de decisiones, y, por otro, objetivar y medir cada situación para poder cuantificar el impacto de las medidas y pautas que proponemos de cara a conocer si están siendo efectivas.

El proceso de extracción de datos debe de ir más allá de una anamnesis normal, de cara a poder detectar aspectos que pueden hacer sospechar que existe un riesgo en la ingesta de determinados alimentos para poder orientar las pautas del modo más eficaz seguro. Hemos de conocer, a través de cuestionarios, datos acerca de la eficacia y nivel de seguridad durante las ingestas, recopilando datos no solo de la persona que padece disfagia sino de su cuidador principal. Del mismo modo, debemos contar con herramientas para poder conocer necesidades, motivaciones y expectativas de cara a poder establecer pautas que permitan incrementar los niveles de cantidad y calidad de vida.

Contamos con algunos protocolos o escalas que pueden ser útiles en esta situación de cara a extraer toda la información posible del proceso, propuestos en la tabla 3:

Tabla 3. Propuesta de protocolos y escalas en la anamnesis telemática de la persona con disfagia y su cuidador. Elaborada por el autor a partir de⁹⁻¹⁴

Protocolo/Escala	Posible utilidad
Gas Scale ⁹	Permite cuantificar y objetivar objetivos de tratamiento a la vez que facilita conocer la expectativas del paciente y tenerlas en cuenta en la planificación de objetivos.
EAT-10 ^{10,11}	Permite conocer de forma numérica si están surgiendo dificultades en aspectos específicos de la alimentación, hidratación o toma de fármacos. Algunos de sus items han sido correlacionados con evaluación instrumental.
Edisfo ¹²	Cuantifica el impacto del problema de deglución en aspectos de la vida de la persona y su seguridad
Swallowing Questionnaire (SQ) ¹³	Aborda a través de sencillas preguntas cerradas todos los aspectos referidos a posibles problemas que pueden surgir derivados de la disfagia, no solo en el plano de la seguridad, si no de la eficacia.
Propuestas no estandarizadas ¹⁴	Es útil poder contar con herramientas abiertas no estandarizadas que podamos generar en cada caso acorde a las necesidades específicas, como puede ser el análisis de las características físicas de los alimentos u otros aspectos de interés

Propuesta

Es importante reseñar que cada caso requerirá abordajes diferentes. Lo importante es que el logopeda cuente con herramientas para poder ofrecer soluciones basadas en la seguridad dadas las restricciones del momento.

El abordaje de la disfagia debe considerarse un aspecto Prioritario en estos momentos. Colegios profesionales y Sociedades Científicas deberían consensuar documentos de buenas prácticas que faciliten el abordaje de la disfagia en esta situación.

La tabla 4 se crea a modo de resumen para orientar al logopeda en el abordaje del paciente con disfagia de acuerdo a las circunstancias actuales, teniendo en cuenta que deberá adaptarse a la situación individual:

Tabla 4. Propuesta de guía general en el abordaje telemático de la disfagia. Elaborada por el autor.

	Paciente agudo		Paciente subagudo		Paciente crónico	
	Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa	Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa	Paciente con evaluación previa	Paciente sin evaluación previa
	Posiblemente en situación hospitalaria en inicios de instauración de alimentación o con medidas especiales. En tratamiento rehabilitador o no.	Posiblemente en situación hospitalaria con necesidad de ajuste de dieta. En tratamiento rehabilitador o no. Puede que pendiente de evaluación.	En situación hospitalaria o domiciliaria. En proceso de implementar medidas especiales de nutrición y/o hidratación en domicilio. Posiblemente esté llevando a cabo tratamiento rehabilitador.	En situación hospitalaria o domiciliaria. Con necesidad de instaurar medidas especiales en su nutrición y/o hidratación. En tratamiento rehabilitador o no. Puede que pendiente de evaluación.	Posiblemente en domicilio con situación degenerativa. Posee unas pautas y medidas pueden estar limitadas en la actualidad con necesidad de nueva evaluación.	Posiblemente en domicilio con situación degenerativa o empeoramiento de situación previa. Con necesidad de instaurar medidas de nutrición y/o hidratación por riesgo actual
Posibles barreras	El protocolo hospitalario exige unas medidas de distanciamiento. El paciente puede estar hospitalizado sin acompañante. Los protocolos hospitalarios actuales no permiten acceso materiales de intervención.		Las barreras anteriores o bien el paciente está en situación domiciliaria sin posibilidad de desplazamiento. El paciente no entiende el uso de nuevas tecnologías. El paciente carece de ayuda de un cuidador. Falta de acceso a espesante. Dificultad para encontrar alimentos en el entorno.		Las referidas al paciente subagudo.	
Posibles facilitadores	Uso de nuevas tecnologías. Entrenamiento con app específicas para disfagia. Uso de videos pedagógicos acerca de la disfagia. Entrenamiento de cuidador. Acceso telefónico. Uso de videos específicos en internet. Uso de plataformas telemáticas. Uso de cuestionarios estandarizados. Grabación de videos control.					
Protocolos de evaluación⁹⁻¹⁴	iGAS Scale, EAT-10, Edisfo, Swallowing Questionnaire (SQ), Protocolos no estandarizados					
Esfera cognitiva	Los aspectos cognitivos pueden afectar al uso de plataformas telemáticas como forma de comunicación, el uso de App de entrenamiento o la puesta en práctica de medidas de adaptación de alimentos así como la comprensión de videos como herramienta de trabajo. Los aspectos cognitivos puede tener como consecuencia la necesidad de sostener la puesta en práctica d prácticas a través de un exhaustivo entrenamiento del cuidador principal					

Técnicas de intervención. Barreras y facilitadores en la intervención

Tradicionalmente, existen tres formas de abordaje típicas a la persona con disfagia: compensatorias, rehabilitadoras y técnicas mixtas. La implementación y uso de estas técnicas de abordaje tendrá a su vez una serie de barreras y/o facilitadores para su puesta en práctica que habrá que estudiar en cada caso. Una misma técnica será una solución positiva en un caso que no será útil o tal vez contraindicada en otros, como se indicaba en la tabla 2.

A continuación, en la tabla 5 se exponen técnicas típicas de abordaje de la disfagia y posibles barreras/facilitadores que habría que tener en cuenta en la actualidad:

Tabla 5. Barreras y facilitadores en la aplicación de técnicas típicas de abordaje de la disfagia. Elaborada por el autor.

Tipo de abordaje	Barreras	Facilitadores
Adaptación de la dieta	Existe la necesidad de tener acceso a productos específicos para modificación de texturas así como conocimientos en la adaptación de alimentos. Exige previa evaluación o, al menos, cribado previo para justificar su utilidad	Acceso videos y material contenido en redes sociales Acceso a guías de adaptación de alimentos Cuidador con conocimientos específicos en adaptación de alimentos Prescripción de espesantes
Modificación postural	Exige comprobar eficacia a través de evaluación y estudio individualizado. Las medidas compensatorias deben ser revisadas a corto plazo para valorar su eficacia.	Acceso a videos y material para pedagogía de maniobras compensatorias. Exige la participación activa del sujeto que las implementa así como la colaboración del cuidador principal.
Estimulación sensorial	Trabajo previo con terapeuta para prescribir ejercicio específico de un modo adecuado controlando todas las variables que pueden aparecer.	Aparatología específica. Exige la figura de un cuidador especializado o que la persona con disfagia lo haya entrenado previamente con un terapeuta
Tareas de fuerza y resistencia Tareas de rango de movilidad	Necesidad de acceso a aparatos específicos. Es importante poder contar con una evaluación de parámetros para poder proponer tareas basadas en % de carga de trabajo que permita mejorar el rendimiento orofacial. Es fundamental establecer una rutina de trabajo para alcanzar una mejoras. En algunos casos puede ser necesario trabajo previo de aprendizaje o adiestramiento del cuidador.	El trabajo de fuerza/resistencia tiene beneficios demostrados en la función de la deglución. El uso de app o aparatología que ofrece un feedback en la tarea es altamente motivador. Este trabajo es sencillo de aprender y se puede apoyar en videos. El trabajo se puede controlar a través de alguna plataforma telemática.
Maniobras rehabilitadoras	Trabajo previo con terapeuta para prescribir ejercicio específico de un modo adecuado controlando todas las variables que pueden aparecer. No es aconsejable en muchos casos realizar las técnicas que implican trabajo con alimento. Es fundamental establecer una rutina de trabajo para alcanzar una mejoras. En algunos casos puede ser necesario trabajo previo de aprendizaje o adiestramiento del cuidador.	El acceso a videos e información en webs específicas puede facilitar su aprendizaje El uso de app de entrenamiento de la deglución presenta contenido para facilitar el trabajo diario.
Uso de dispositivos específicos	No siempre existe la posibilidad de que la persona con disfagia cuente con el dispositivo en su casa para entrenar. muchos dispositivos exigen una cualificación. Los dispositivos deben ser manejados por un técnico para ir modificando los parámetros durante el ejercicio.	Se pueden plantear el uso de determinados dispositivos tipo EMG para software futuros de análisis del rendimiento orofacial durante la deglución para estudio telemático.

Uso de redes y app

Hoy en día, existe un uso generalizado de las redes sociales en nuestra vida diaria. Páginas web, aplicaciones y software específicos surgen como solución a problemas en el campo de la rehabilitación. Si bien es cierto que hace unos años solo era posible que la persona con disfagia tuviera acceso a información acerca de su problema en pocas guías editadas en papel, a día de hoy, existe una basta información en páginas web y perfiles de diversas redes sociales donde personas, asociaciones y diversas organizaciones comparten información de tremenda utilidad para dar a conocer la disfagia así como hacer uso de esos recursos para facilitar el proceso de rehabilitación.

Es importante tener en cuenta la elevada prevalencia de la disfagia en el adulto mayor ya que podemos encontrarnos con una población menos acostumbrada al uso de este tipo de recursos, teniendo que ajustarnos a ello y adaptarnos a sus fuentes de aprendizaje. No obstante, el auge de internet puede suponer, por otro lado, una llave de conexión con personas que viven en núcleos urbanos menos accesibles.

Es altamente probable que nuestros pacientes tengan como herramienta de abordaje de su disfagia una tablet a través de la cual se le puedan proponer ejercicios, monitorizar su situación y llevar a cabo pedagogía de conceptos básicos de su deglución.

La situación de la persona con disfagia

Es ilógico que planteemos nuevos modelos de evaluación y tratamiento de la disfagia ante las restricciones que sufre el terapeuta para poder hacer una toma de contacto presencial con la persona que padece disfagia sin tener en cuenta el contexto y situación en que dicha persona se haya inmersa.

Una situación de confinamiento o restricción de la movilidad así como de distanciamiento físico va a tener como consecuencia un contexto atípico en el que la persona con disfagia se va a tener

que enfrentar a un incremento de sus limitaciones en la vida diaria así como a una serie de emociones y pensamientos que tendrán una influencia en las acciones que decidamos emprender en nuestro protocolo.

En esta situación hemos de tener en cuenta más que nunca la situación personal y tenerlo en cuenta en nuestro razonamiento clínico para verificar la idoneidad o no de nuestras propuestas así como de interpretar la información derivada de nuestra anamnesis.

Esta situación, con toda seguridad, exige un seguimiento más pormenorizado y periódico de la persona con disfagia para poder acomodarse a su situación, entenderla y guiarle del modo más empático y eficaz posible.

Líneas futuras

Es indudable que diversas variables externas a la terapia tienen una influencia en nuestros tratamientos. Nuestro razonamiento clínico y toma de decisiones va a estar condicionado no solo por la información que extraemos del proceso de evaluación, sino que, además, las circunstancias socioeconómicas, geográficas o culturales van a influir.

Tenemos que tener claro que circunstancias como las que estamos viviendo en la crisis producida por la irrupción del Covid-19 van a influir en la terapia de deglución y va a provocar cambios en aras de mejorar nuestra intervención de aquí en adelante. Por tanto, hemos de tener claro que vivimos en un momento en el que compartir nuestras reflexiones, ideas y propuestas puede hacer que la terapia de deglución vuelva a contar con las herramientas suficientes para poder actuar con la mejor evidencia científica.

Tenemos que tener en cuenta que contamos con la ventaja del acceso generalizado a internet. Hoy en día, existe un uso generalizado de las redes sociales en nuestra vida diaria. Páginas web, aplicaciones y software específicos surgen como solución a problemas en el campo de ella rehabilitación. Si bien es cierto que hace unos años solo era posible que la persona con disfagia tuviera acceso a información acerca de su problema en pocas guías editadas en papel, a día de hoy, existe una basta información en páginas web y perfiles de diversas redes sociales donde personas, asociaciones y diversas organizaciones comparten información de tremenda utilidad para dar a conocer la disfagia así como hacer uso de esos recursos para facilitar el proceso de rehabilitación.

El auge de las nuevas tecnologías ha de suponer un facilitador claro. Es importante trasladar nuestras propuestas a los equipos de ingeniería de la salud para favorecer la creación de software específicos de estudio y entrenamiento de la deglución que permitan ofrecernos variables objetivas de los parámetros orofaciales que permitan llevar la terapia al entorno de cualquier individuo, evitando su desplazamiento.

tal vez en un futuro trascienda el uso de las impresoras 3D, abaratándose los costes de su uso, para poder llevar al entorno de cada individuo alimentos seleccionados por el terapeuta, así como aparatología de entrenamiento orofacial previamente individualizada en base a los datos obtenidos en la evaluación.

Esta claro que estas palabras, a día de hoy, esconden un alto contenido de ciencia ficción, pero es la historia la que hace que la ciencia permita construir una realidad en base a nuestras necesidades e ideas, las cuales tienen como base las mejores evidencias científicas y nuestra creatividad guiada por nuestra experiencia.

Referencias bibliográficas

1. Boletín Oficial del Estado, Real decreto-ley 6/2020. [En internet]: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3434-consolidado.pdf>
2. Consejo General de Colegios de Logopedas, 2020. [En internet]: https://www.consejologopedas.com/noticias/128_EL_CONSEJO_Y_LOS_14_COLEGIOS_DE_LOGOPEDAS_SOLICITAN_DE_NUEVO_EL_CIERRE_DE_CENTROS.html
3. Paniagua, J.; Cuesta, C.; Giménez, P. Disfagia en primera persona. En: Paniagua, J.; Susanibar, F.; Giménez, P.; Murciego, P.; García, R. Disfagia. De la evidencia científica a la práctica clínica. Ed. EOS. 2019.

4. Yanes, J. 2020. [En internet]: <https://blogs.20minutos.es/ciencias-mixtas/2020/04/01/por-que-hay-motivos-para-el-optimismo-si-en-espana-ya-hay-un-15-de-poblacion-contagiada-de-covid-19/>
5. Paniagua, J. 2020. [En internet]: <http://logocerebral.es/impacto-del-coronavirus-la-logopedia/>
6. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações do Departamento de Fonoaudiologia da AMIB referente ao atendimento a os pacientes portadores ou com suspeita de COVID-19 na terapia intensiva e no ambiente hospitalar, 2020. [En internet]: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/03/Recomendacoes_do_Departamento_de_Fonoaudiologia_da_AMIB_referente_ao_atendimento_aos_pacientes_portadores_ou_com_suspeita_de_COVID-19_na_terapia_intensiva_e_no_ambiente_hospitalar.pdf
7. McCullough, Gary & Martino, Rosemary. (2013). Clinical Evaluation of Patients with Dysphagia: Importance of History Taking and Physical Exam. 10.1007/978-1-4614-3779-6_2
8. Suiter, D.M., Sloggy, J., Leder, S.B. (2014). Validation of the Yale Swallow Protocol: A prospective double-blinded videofluoroscopic study. Dysphagia, 29, 199-203
9. Turner-Stokes, L. Goal Attainment Scaling in rehabilitation. King's College London School of Medicine; Royal Melbourne Hospital, Interstate visitor, April 2009. [En internet]: <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/attachments/tools-gas-practical-guide.pdf>
10. Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24.
11. Burgos R, et al. Translation and validation of the Spanish version of the Eating Assessment Tool - 10 (EAT-10) for screening of dysphagia. Clin Nutr 2011; 6:167.
12. Quirós, S., Serrano, F., & Mata, S. (2019). Design and Validation of the Oropharyngeal Dysphagia Screening Test for Patients and Professionals: A Preliminary Study. Dysphagia, 1-14
13. Búa, B., Bülow, M. (2014). Validation in Swedish of Sydney Swallow Questionnaire. BMC research notes. 7. 742.
14. Paniagua, J.; Herranz, B.; Álvarez, M. D.; Del Burgo, G. El análisis de los alimentos en el estudio de la persona con disfagia. En: Paniagua, J.; Susanibar, F.; Giménez, P.; Murciego, P.; García, R. Disfagia. De la evidencia científica a la práctica clínica. Ed. EOS. 2019.

**Documento registrado en plataforma Safe Creative bajo el número de registro:
2004053572765**

Recuerde hacer un uso responsable de este material.