

Trastornos aerodigestivos

15

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos aerodigestivos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 350–381. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos aerodigestivos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 350–381). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de las vías aerodigestivas, concretamente en las alteraciones de la voz, la deglución y la respiración, y debe mantener una formación específica y actualizada en este ámbito.
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional, la evaluación y la intervención en los trastornos aerodigestivos, promueve la creación y validación de instrumentos adaptados al contexto lingüístico y cultural en catalán y castellano.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia en el tratamiento de los trastornos aerodigestivos, y fomenta la colaboración entre profesionales y la participación activa de la persona y su entorno. Aconseja evitar prácticas clínicas no fundamentadas científicamente.

¿Qué es?

Definición

Los trastornos aerodigestivos son afecciones o enfermedades de las vías aerodigestivas, incluidas las vías respiratorias (faringe y laringe), las vías pulmonares (tráquea, bronquios y pulmones) y el tracto digestivo superior (esófago), que pueden afectar a las funciones respiratorias y de deglución. Los trastornos aerodigestivos, o su manejo (por ejemplo, cirugía, intubación), pueden provocar problemas de voz o deglución, así como problemas en las vías respiratorias. Este será el término que usaremos para agrupar cinco trastornos de esta área en que los profesionales logopedas pueden tener alguna función: el síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS), la tos crónica, el movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPCV), el reflujo faringolaríngeo (RFL) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS)

El SAOS es un trastorno respiratorio caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior o una obstrucción intermitente completa que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y sus patrones normales.

Tos crónica

La tos crónica se define como una tos que dura más de 8 semanas en adultos y más de 4 semanas en niños. La tos crónica se puede llamar “síndrome de tos somática” en ausencia de una causa conocida o “tos tic” cuando se acompaña de características clínicas básicas de los tics.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPVC)

El movimiento paradójico de las cuerdas vocales es la aducción intermitente y episódica de las cuerdas vocales durante la inspiración. Durante los episodios, las cuerdas vocales se acercan parcial o totalmente y restringen el paso del aire a los pulmones. El MPCV puede producirse de forma aislada, o puede coexistir con otras enfermedades, como trastornos pulmonares (por ejemplo, asma), anomalías laríngeas y patología cardíaca. Alrededor del 29-40 % de las personas con MPCV también padecen asma.

Reflujo faringolaríngeo (RFL)

El flujo de contenido estomacal ácido por el esófago hasta la zona faringolaríngea determina la aparición de alteraciones en la mucosa respiratoria. Estas alteraciones provocan alteraciones de la voz y sensaciones de inflamación faríngea y pueden coexistir con los síntomas del trastorno por reflujo gastroesofágico. La palabra reflujo proviene del latín *re*, que significa ‘volver’, y *fluere*, ‘fluir’. El reflujo faringolaríngeo (RFL) es el retorno del contenido gástrico hacia la zona de la laringe y la faringe. Este hecho lo comparte con el reflujo gastroesofágico (GERD, del

inglés *Gastroesophageal Reflux Disease*), que se define como el ascenso del contenido estomacal hacia el esófago. Si bien ambas patologías comparten el mismo punto de partida, son consideradas diferentes, con síntomas y necesidad de tratamiento diferentes.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar común que reduce el flujo de aire y causa problemas respiratorios. También se conoce como enfisema o bronquitis crónica. En las personas con EPOC, la mucosidad destruye u obstruye los pulmones.

Signos clínicos

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Las interrupciones producidas por la apnea generan una fragmentación muy significativa en el sueño de la persona y esto puede derivar en trastornos de tipo neuropsiquiátrico, cardiorrespiratorios y metabólicos. Estos trastornos reiterados en el tiempo provocan alteración en la calidad de vida de las personas afectadas por este síndrome. Por este motivo, su prevención y rehabilitación son imprescindibles. Otros síntomas frecuentes en una respiración nocturna inadecuada son somnolencia, hipertensión arterial, RFL, cefaleas matinales, síntomas depresivos, alteraciones de personalidad, irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual, entre otros. Hay que tener en cuenta que todas estas alteraciones tienen consecuencias en la vida diaria de la persona que las sufre y afectan a su rendimiento escolar y laboral, así como la relación con los demás.

Tos crónica

Presencia de tos productiva (húmeda) o no productiva (seca) que dura más de 8 semanas en adultos y más de 4 semanas en niños.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El principal síntoma del MPCV es la aducción repentina de las cuerdas vocales inducida por el desencadenamiento de estímulos como la actividad, el estrés o irritantes ambientales. También suele presentarse con pérdida repentina y total de la voz, tensión en la garganta, tos y voz áspera antes o durante un episodio de aducción de las cuerdas vocales, dificultad para inhalar, exhalar o ambas cosas, mareo que se resuelve rápidamente cuando finaliza el episodio o estridor en la inhalación.

Reflujo faringolaríngeo

Los síntomas del RFL son: voz ronca, disfonía, sensación de globo faríngeo, disfagia, tos crónica, carraspera, fatiga vocal, sensación de moco retronasal, ruidos respiratorios y dolor de garganta.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Los síntomas más comunes de la EPOC son: dificultad para respirar, tos

crónica (a veces con esputo), sibilancias y sensación de cansancio. Los síntomas de la EPOC pueden empeorar rápidamente. Estos agravamientos, también denominados exacerbaciones, suelen durar varios días. Las personas con EPOC también tienen un riesgo mayor de padecer otros problemas de salud, entre los que cabe destacar: infecciones pulmonares, como gripe o neumonía; cáncer de pulmón; enfermedades del corazón; debilidad en los músculos y osteoporosis; depresión y ansiedad. Uno de los trastornos asociados a la EPOC es la disfagia por alteración de la sensibilidad faringolaríngea, que provoca la aparición de falsas rutas en la deglución y aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
7A41	Apnea obstructiva del sueño
MD12	Tos, incluye tos crónica
CA0H.4	Laringoespasmo, incluye el movimiento paradójico de los pliegues vocales
DA22	Enfermedad por reflujo gastroesofágico
CA22	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Causas

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Los factores que predisponen a la aparición del SAOS son:

- Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
- Malformaciones congénitas craneofaciales: Síndrome de Down, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Treacher Collins, síndrome de Klippel-Feil, síndrome de Prader-Willi, acondroplasia, etc.
- Obstrucción nasal marcada.
- Laringomalacia.
- Enfermedades neurológicas y neuromusculares.
- Reflujo gastroesofágico.
- Obesidad.

Tos crónica

- Síndrome de asma.
- Enfermedades esofágicas, como el reflujo faringolaríngeo.
- Respuesta idiopática a la tos aumentada, particularmente en mujeres.
- Rinitis y sinusitis.
- Goteo retrorinal.
- Uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

(fármacos para el tratamiento de la presión arterial alta y la insuficiencia cardíaca).

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

No se conoce la causa exacta del MPCV, aunque puede estar relacionada con la hiperreactividad laríngea. El MPCV puede ser desencadenado por factores orgánicos, como el reflujo faringolaríngeo, el asma o los irritantes ambientales, o por factores no orgánicos, como el ejercicio o el estrés psicológico.

Reflujo faringolaríngeo

El RFL se asocia a muchos trastornos aerodigestivos, incluyendo, entre otros, la fisura laríngea, la atresia esofágica y la esofagitis eosinófila. El RFL es de origen multifactorial. Entre de los factores causantes se incluyen: una disfunción del esfínter esofágico inferior o superior, el tiempo de exposición al material refluído y la sensibilidad del tejido, hábitos alimentarios inadecuados, estrés, obesidad y consumo excesivo de alcohol y tabaco.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Son múltiples los procesos que pueden provocar el estrechamiento de las vías respiratorias y provocar una EPOC. Puede ocasionar destrucción de partes de los pulmones, obstrucción de las vías respiratorias debido a las secreciones o la inflamación del epitelio de las vías respiratorias. La EPOC evoluciona gradualmente, a menudo debido a varios factores de riesgo asociados, como los siguientes: exposición al tabaco (fumadores activos o pasivos) y exposición ocupacional a polvo, humos o sustancias químicas.

Epidemiología

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Según el libro blanco *Evaluación sanitaria y socioeconómica del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) en España*, afecta a entre un 6 y un 8 % de la población. El SAOS se considera una enfermedad muy prevalente. Esta prevalencia aumenta claramente con la edad. Así, estudios llevados a cabo en España evidencian que entre un 4,7 y un 7,8 % de la población general mayor de 40 años cumple los criterios de un SAOS grave. Esta prevalencia puede alcanzar el 26 % en hombres y el 21 % en mujeres, con un índice de hipopnea (IHA) superior a 30 en la población mayor de 65 años. Hay que tener en cuenta que la esperanza de vida de la persona que sufre SAOS no tratada puede reducirse hasta un 20 %. Cabe añadir que en España, entre un 7 y un 13 % de los niños menores de seis años son roncadores y, de estos, entre un 2 y 3 % pueden sufrir SAOS.

Tos crónica

La tos crónica es un síntoma muy frecuente en la práctica clínica, con una prevalencia variable en la población general de entre el 3,3 y el 12 %.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Se desconoce la verdadera prevalencia de MPCV debido a criterios diagnósticos inconsistentes y a la falta de conciencia del trastorno. Sin embargo, los estudios han reportado MCPV en algún subconjunto de la población clínica investigada. Se constata, pues, que está presente de forma significativa en pacientes atendidos en urgencias que presentan dificultad para respirar o asma, en deportistas de élite, en individuos con estrés elevado o en personas expuestas a irritantes. Algunos informes muestran mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

Reflujo faringolaríngeo

Según los estudios, la prevalencia de síntomas relacionados con el RFL es del 15-20 % con una mayor incidencia en la población femenina. Se observa una correlación entre la edad y el incremento de RFL. Los trastornos de la voz y la disfagia también pueden estar asociados a la enfermedad por RFL. Se informa que los trastornos de la voz son 1,8 veces más altos en pacientes con enfermedad por RFL.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Según datos de 2006, la prevalencia de EPOC en España en la población de 40 a 80 años es del 10,2 %. Por sexos, la prevalencia es del 15,1 % en hombres y del 5,7 % en mujeres.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos aerodigestivos.

Impacto en la vida de la persona

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. En general, los trastornos aerodigestivos afectan a las funciones mentales (b1), de la voz y el habla (b3), respiratorias (b440-b455) y relacionadas con la fuerza, el tono y la resistencia muscular (b730, b735 y b740).

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

El SAOS afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes, causa somnolencia diurna excesiva, fatiga crónica, irritabilidad y problemas de concentración. Impacta negativamente en las relaciones sociales y laborales, aumenta el riesgo de accidentes y puede provocar problemas cardiovasculares y metabólicos. Los pacientes suelen experimentar dificultades en el rendimiento laboral y en las actividades diarias, así como problemas de relación con la pareja debido a los ronquidos y la fragmentación del sueño.

Tos crónica

La tos crónica puede afectar significativamente a la calidad de vida de los pacientes. Puede causar trastornos del sueño, fatiga, dolor muscular, incontinencia urinaria y aislamiento social. Los pacientes a menudo experimentan dificultades en las actividades diarias y en las interacciones sociales por culpa de la tos persistente.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El MPCV puede causar episodios de dificultad respiratoria que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Puede limitar las actividades físicas, causar ansiedad e impactar negativamente en la vida social y laboral de los afectados.

Reflujo faringolaríngeo

El RFL puede causar síntomas como ronquera, tos crónica y sensación de "nudo en la garganta" que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Puede impactar negativamente en la comunicación, la alimentación y el sueño, y esto afecta a las actividades diarias y las relaciones sociales. Con frecuencia, los pacientes con RFL se habitan a su sintomatología y la combaten con tratamientos farmacológicos exclusivamente sintomáticos o con adaptaciones más o menos orientadas de su dieta. Las restricciones alimenticias acaban siendo un elemento normalizado de su vida. Si el RFL afecta gravemente a la calidad de su voz, esta sí es vivida como una pérdida sustancial de calidad de vida.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Es una de las causas más importantes de mala calidad de vida y pérdida de esperanza de vida. Los pacientes experimentan síntomas como tos, expectoración y dificultad respiratoria que limitan sus actividades diarias. La EPOC también causa frecuentes visitas médicas y hospitalizaciones, especialmente debido a las reagudizaciones, lo que afecta a la vida social y laboral de los pacientes. A medida que empeora la enfermedad, resulta más difícil seguir con sus actividades cotidianas habituales, a menudo por la falta de aire. La enfermedad puede tener consecuencias económicas considerables debido a la limitación de la productividad en el trabajo y en el hogar, así como por el coste del tratamiento médico.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar en qué elementos inciden los trastornos aerodigestivos.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Grado 0: leve

Ronquidos ocasionales, ligero cansancio diurno. Impacto mínimo en la calidad de vida, riesgo ligeramente elevado de hipertensión.

Grado I: moderado

Ronquidos frecuentes y más intensos, somnolencia diurna notable, cefaleas matutinas ocasionales, ligera disminución de la concentración y memoria. Impacto moderado en la calidad de vida.

Grado II: moderado-severo

Ronquidos intensos y constantes, somnolencia diurna significativa que afecta al rendimiento laboral, irritabilidad y cambios de humor, disminución de la libido, mayor riesgo de accidentes de tráfico y laborales. Impacto moderado en la calidad de vida y las relaciones sociales.

Grado III: severo

Apneas frecuentes observadas por la pareja, somnolencia diurna extrema, problemas cognitivos significativos (memoria, concentración), síntomas depresivos, hipertensión arterial de difícil control, riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares. Impacto severo en la calidad de vida, el trabajo y las relaciones sociales.

Grado IV: muy severo

Apneas muy frecuentes con desaturaciones de oxígeno graves, insomnio y desvelos frecuentes con sensación de ahogo, somnolencia diurna incapacitante, riesgo muy elevado de accidentes, complicaciones cardiovasculares establecidas (arritmias, insuficiencia cardíaca), posible disfunción eréctil, mayor riesgo de cáncer y demencia. Impacto extremo en todos los aspectos de la vida, con posible discapacidad laboral.

Tos crónica

Grado 0: leve

Tos ocasional, especialmente por la mañana. Ligero hormigueo en pecho y garganta. Mínimo impacto en la calidad de vida.

Grado I: moderado

Tos más frecuente y persistente, sensación de irritación o picor en pecho y garganta. Ligera limitación en actividades sociales, preocupación por molestar a los demás por la tos.

Grado II: moderado-severo

Tos frecuente que interfiere en las actividades diarias. Ronquera o problemas vocales, evitación de algunas reuniones sociales, dificultad para comer o beber sin provocar tos, fatiga por falta de sueño.

Grado III: severo

Tos intensa y persistente que afecta gravemente a la calidad de vida. Aislamiento social significativo, problemas para dormir y fatiga severa, posible incontinencia urinaria. Impacto en la capacidad laboral.

Grado IV: muy severo

Tos constante y debilitante, desmayos (síncope tusígeno). Fracturas de costillas por la intensidad de la tos. Depresión y aislamiento social completo. Incapacidad para realizar actividades básicas sin provocar tos. Posible pérdida de peso por la dificultad al comer.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Grado 0: leve

Episodios ocasionales de dificultad respiratoria leve. Sensación de constricción en la garganta durante el ejercicio intenso. Mínimo impacto en la calidad de vida. Posible ansiedad leve relacionada con los síntomas.

Grado I: moderado

Episodios más frecuentes de dificultad respiratoria. Sensación de “nudo en la garganta” durante actividades moderadas, leves cambios en la voz después de los episodios. Impacto moderado en actividades físicas y sociales. Aumento de la ansiedad relacionada con los síntomas.

Grado II: moderado-severo

Episodios frecuentes de dificultad respiratoria, estridor audible durante los episodios, cambios notables en la voz, limitación significativa en actividades físicas. Impacto en la capacidad laboral y social. Ansiedad moderada y posible depresión.

Grado III: severo

Episodios diarios de dificultad respiratoria, estridor importante y sensación de pánico durante los episodios, cambios persistentes en la voz, incapacidad para realizar actividades físicas moderadas. Impacto severo en la calidad de vida y en la capacidad laboral. Ansiedad severa y posible agorafobia.

Grado IV: muy severo

Episodios múltiples diarios de dificultad respiratoria grave, sensación constante de falta de aire, alteración permanente de la voz, incapacidad para llevar a cabo actividades básicas sin desencadenar síntomas. Aislamiento social completo. Depresión severa y trastornos de ansiedad generalizados. Posible discapacidad laboral total.

Reflujo faringolaríngeo

Grado 0: leve

Sensación ocasional de “nudo en la garganta”, ligero picor de garganta. Impacto mínimo en la calidad de vida. Posible ronquera leve por la mañana.

Grado I: moderado

Sensación frecuente de “nudo en la garganta”, picor de garganta más frecuente, ronquera intermitente, ligero exceso de moco en la garganta. Impacto moderado en la calidad de voz, posible tos seca ocasional.

Grado II: moderado-severo

Sensación constante de “nudo en la garganta”, picor de gar-

ganta frecuente y molesto, ronquera persistente, exceso de moco en la garganta, tos seca frecuente, especialmente por la noche. Dificultad ocasional para tragar. Impacto moderado en la calidad de vida y las relaciones sociales.

Grado III: severo

Dolor o ardor en la garganta, ronquera severa, tos crónica que afecta al sueño, dificultad frecuente para tragar, sensación de falta de aire o ahogo. Impacto severo en la calidad de la voz y en la vida social y laboral. Posible pérdida de peso por la dificultad al comer.

Grado IV: muy severo

Dolor intenso en la garganta, pérdida casi total de la voz, tos crónica debilitante, dificultad severa para tragar, episodios de laringoespasmos, pérdida de peso significativa. Impacto extremo en todos los aspectos de la vida, con posible discapacidad laboral. Riesgo de complicaciones como úlceras o estenosis esofágica.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Grado 0: leve

Tos ocasional, especialmente por la mañana, producción de esputos leve, sensación de "resfriados" más frecuentes. Mínimo impacto en la calidad de vida.

Grado I: moderado

Tos crónica más frecuente, aumento de la producción de esputos, disnea leve al realizar esfuerzos intensos (como subir escaleras), infecciones respiratorias más frecuentes e intensas. Ligera limitación de las actividades cotidianas.

Grado II: moderado-severo

Tos persistente y productiva, disnea al realizar actividades moderadas, fatiga más frecuente, disminución de la capacidad para realizar ejercicio. Impacto notable en la calidad de vida. Posibles exacerbaciones que requieren atención médica.

Grado III: severo

Disnea al efectuar actividades ligeras o cambiarse de ropa, tos intensa que puede causar fracturas de costillas, fatiga constante, pérdida de peso significativa, exacerbaciones frecuentes que requieren hospitalización, posible desarrollo de hipertensión pulmonar. Impacto severo en la calidad de vida y en la capacidad laboral.

Grado IV: muy severo

Disnea en reposo, dependencia de oxígeno suplementario, insuficiencia respiratoria crónica, desarrollo de corazón pulmonar (disfunción del ventrículo derecho), posible coma por acumulación de CO₂ (acidosis respiratoria). Riesgo elevado de arritmias cardíacas y otras complicaciones. Pérdida severa de calidad de vida, posible dependencia total.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para llevar a cabo los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos aerodigestivos. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la deglución y la voz, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos mínimos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas de la deglución y la voz, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para su diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas de la deglución y de la voz.

Un logopeda puede ser el primero en atender a un paciente que experimenta problemas de voz o deglución. Son pacientes que pueden tener o no un trastorno aerodigestivo subyacente. El objetivo del cribado es identificar a las personas que requieren una evaluación adicional por parte de un logopeda o la derivación a otros servicios profesionales. El cribado puede descubrir hallazgos que sugieran problemas médicos subyacentes.

Es importante para los logopedas:

- Conocer las estructuras anatómicas afectadas por varios trastornos aerodigestivos.
- Conocer los cambios en la alimentación, la deglución, la voz y los problemas de respiración que pueden estar causados por trastornos aerodigestivos.
- Reconocer desviaciones en la estructura y la función que justifican una evaluación aerodigestiva por parte de un médico.
- Realizar las derivaciones oportunas, según sea necesario.

Orientación interdisciplinar

Las decisiones sobre los objetivos y las opciones de tratamiento se toman en colaboración con la persona afectada, su familia o cuidador y otros profesionales. Como parte de un equipo multidisciplinar, el logopeda puede participar en la evaluación de la respuesta del individuo al tratamiento médico y en la implementación de estrategias tanto directas como indirectas durante o después del tratamiento médico.

El tratamiento debe ser multifactorial, por lo tanto, como aspecto clave para la mejora del paciente, será necesaria la colaboración entre diferentes profesionales de la salud que pueden formar parte de un equipo de trastornos aerodigestivos establecido o como resultado de derivaciones informadas y dirigidas dentro o fuera del área de logope-

pedia. Un equipo multidisciplinar básico debe incluir uno o más de los siguientes profesionales: logopeda, otorrinolaringólogo, neumólogo, gastroenterólogo, médico de atención primaria, fisioterapeuta, enfermera y dietista-nutricionista.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el conjunto de las alteraciones aerodigestivas que afectan a la voz o la deglución, los pacientes pueden llegar al servicio de logopedia por derivación, ya sea de sus médicos de familia o de especialistas diversos. La información mínima necesaria requerida para la derivación al servicio de logopedia es:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral, si las hay.
- Tratamientos relacionados realizados, ya sean farmacológicos, rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.

La diversidad de síntomas y causas de estas alteraciones hace que el concurso de varios profesionales sea siempre necesario. A menudo se necesitan las aportaciones especializadas de los servicios de neurología, ORL, cirugía maxilofacial o estudios por parte de neumólogos o neurofisiólogos.

Exploración clínica

Los trastornos aerodigestivos pueden implicar la interacción de múltiples sistemas: laríngeos, pulmonares, fonatorios, digestivos y sensoriomotores. Las personas pueden presentar múltiples quejas y síntomas variados. Un historial exhaustivo de casos y una evaluación de signos y síntomas, recogidos por miembros de un equipo multidisciplinar que incluya un logopeda, facilitan la evaluación y el diagnóstico diferencial.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con trastornos aerodigestivos y el efecto de deficiencias en la alimentación, la deglución, la voz y la función de las vías respiratorias (laringe).
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y factores contextuales

(ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

- El impacto de la alimentación, la deglución, la voz y los problemas de las vías respiratorias en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales de la persona dentro de su comunidad.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La mayoría de los trastornos aerodigestivos son identificados por un médico a partir del examen físico y una o más de las siguientes pruebas:

- Evaluación gastrointestinal (por ejemplo, estudio de motilidad esofágica, prueba de vaciado gástrico, esofagogastroduodenoscopia, manometría esofágica, prueba de pH o impedancia de 24 horas, espectroscopia Raman).
- Exploraciones instrumentales (por ejemplo, endoscopia, video-fluoroscopia, fluoroscopia de las vías respiratorias, broncoscopia flexible, lavado broncoalveolar, microlaringoscopia directa, manometría faríngea de alta resolución).
- Pruebas de función pulmonar.
- Estudios de rayos X y otros estudios de imagen (por ejemplo, radiografía de tórax, tomografía computarizada de tórax, resonancia magnética, electromiografía, ecografía).

El CLC orienta a los logopedas a observar y notificar los siguientes elementos:

- **Voz:**
 - Calidad vocal (por ejemplo, voz rugosa, voz tensa).
 - Esfuerzo vocal (por ejemplo, fatiga vocal, informe de dolor durante la voz).
- **Respiración:**
 - Presencia de estridor o respiración trabajada que afecta al soporte de la respiración para la voz.
 - Frecuencia respiratoria rápida.
 - Tos crónica.
- **Deglución y cambios en la dieta:**
 - Signos clínicos de problemas de alimentación y deglución (por ejemplo, tos, necesidad de aclararse la garganta, molestias o sensación de globo al tragar).
 - Otros indicadores como el bajo aumento de peso en recién nacidos y la pérdida de peso involuntaria en adultos, o la evitación intencionada de líquidos o alimentos que previamente disfrutaban.
- **Signos orofaciales**, para más información, consulte el capítulo de disfunciones orofaciales:
 - Tonicidad.
 - Posición lingual en reposo.

Los logopedas también buscan signos de afecciones neurológicas (por ejemplo, función sensoriomotora anormal) que pueden afectar a la voz, la deglución o la respiración, o que indican una enfermedad subyacente.

Si los resultados del cribado muestran dificultades respiratorias, de alimentación o deglución que sugieran un proceso de enfermedad subyacente, hay que derivar al paciente a un profesional médico adecuado.

Es imprescindible evaluar cada patología individualmente según sus características:

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Actualmente, no existe ningún protocolo estandarizado para la evaluación logopédica de estos pacientes, por este motivo es necesario utilizar diferentes protocolos de la práctica habitual de la logopedia, siempre teniendo en cuenta las necesidades y características de cada uno de los pacientes.

Escalas e instrumentos de valoración:

- Cuestionario Berlin, para la frecuencia e intensidad de los ronquidos. <https://www.cenestorax.com/medicos.cenestorax/Berlin>
- Escala de somnolencia de Epworth.
- OSA-18 Cuestionario de calidad de vida.
- Examen clínico fonoaudiológico del SAOS (Guimaraes, 2014).
- Evaluación miofuncional para la evaluación funcional de la musculatura orofacial y las funciones orales (documento del Col·legi de Logopedes de Catalunya - CLC).
- Para la funcionalidad nasal:
 - Reflejo narinario de Godin.
 - Espejo de tipo Glatzel o placa oronasal.
 - Prueba de Rosenthal.
- Resonancia de nasofaringe u ortopantomografía para evaluar la configuración de la vía aérea del paciente.

Pruebas complementarias según criterio clínico:

- Polisomnografía del sueño: anota los ciclos y las etapas del sueño. Registra el flujo de aire que entra y sale de los pulmones durante la respiración, los niveles de oxígeno en la sangre, la posición del cuerpo, las ondas cerebrales (EEG), el esfuerzo y la frecuencia respiratoria, la actividad eléctrica de los músculos, los movimientos oculares y la frecuencia cardíaca.
- Evaluación por parte del médico maxilofacial de la estructura oral del paciente para valorar una posible intervención quirúrgica para mejorar las alteraciones de oclusión que pueda presentar.
- Evaluación instrumental por parte de la ORL para evaluar la funcionalidad de las estructuras que interfieren en la respiración adecuada.
- Registro de las fases del sueño por parte del paciente con

aplicaciones como SnoreLab (aplicación gratuita que ofrece la posibilidad de obtener información en diferentes momentos del tratamiento y ver las mejoras obtenidas).

Tos crónica

En cuanto a los pacientes que presentan tos crónica, el logopeda debe recopilar información acerca de:

- La presencia de causas asociadas a la tos, tales como RFL, goteo retronasal, asma, uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina u otros medicamentos y tabaquismo.
- Características de la tos: descripción, patrón, advertencia percibida de aparición, percepción de control de la tos, estrategias para controlar la tos y eficacia de dichas estrategias.
- El grado de preocupación por la tos.
- La aparición, duración y progresión de la tos.
- Tratamiento previo para la tos y resultados del tratamiento.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El logopeda debe recopilar la siguiente información del historial de casos:

- Aparición de dificultad respiratoria: desencadenantes (por ejemplo, alergias y reflujo faringolaríngeo), duración, sensación, descripción, intentos de tratamiento y respuesta.
- Frecuencia y duración de los ataques MPCV.
- Lucha respiratoria durante el esfuerzo físico.
- Reflujo faringolaríngeo.
- Alergias respiratorias.
- Percepción de un esfuerzo vocal excesivo o diferente.

Las actividades de evaluación pueden incluir:

- Observación del patrón de respiración en reposo, durante la actividad tranquila y durante la disnea.
- Laringoscopia y rinoendoscopia para valorar la integridad estructural y funcional de las cuerdas vocales y de las estructuras supraglóticas y las dinámicas laríngeas a través de una serie de actividades como la inhalación, la fonación, la tos o la función valvular.

Reflujo faringolaríngeo

Para la valoración del RFL, los logopedas deben considerar una aproximación multimodal, que incluya la evaluación de los síntomas percibidos por el paciente y la observación de los signos laríngeos, así como tener en cuenta los resultados de las pruebas médicas complementarias.

Historia clínica y evaluación de los síntomas con cuestionarios autoadministrados:

- Índice de Síntomas de Reflujo (RSI, por las siglas de *Reflux Symptom Index*), desarrollado por Belafsky, Postma y Koufman

(2002): es un cuestionario autoadministrado, válido y fiable, que el paciente utiliza para reportar sus síntomas de RFL. Se basa en nueve ítems referidos a los síntomas experimentados durante el último mes. Cada ítem se valora en una escala de cinco tramos, que van del 0 (no presenta ningún problema) al 5 (problema grave). La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 45 puntos. Los autores consideran significativas las puntuaciones superiores a 13 puntos.

- **34 Item Symptom Questionnaire:** este cuestionario incluye los 25 ítems de la escala *Gastroesophageal Symptom Assessment* (GSAS) y los 9 ítems del cuestionario RSI. Cada ítem se valora con una puntuación del 0 al 5 (0 si no presenta ningún problema y 5 si es un problema grave).

Exploración laríngea y observación de signos con:

- **Reflux Finding Score (RFS)**, desarrollado por Belafsky et al.: es una escala de observación de signos laríngeos que sistematiza ocho ítems a observar y los puntúa con valores entre 0 y 4, de manera diferenciada para cada ítem. Los signos a observar y puntuar son: presencia de edema subglótico, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de los pliegues vocales, edema difuso de la laringe, hipertrofia de la comisura posterior, presencia de granulomas o tejido granular y, finalmente, observación de moco endolaríngeo espeso o denso.

Otras pruebas instrumentales, como la pHmetría ambulatoria de 24 horas (con sensor faríngeo y esofágico) que es el patrón de referencia actual, aunque no es una prueba ideal. Es importante saber que el diagnóstico basado solo en la pHmetría puede ser inexacto debido a limitaciones en sensibilidad y especificidad, la no detección del reflujo alcalino y la posibilidad de signos falsos por modificaciones en la dieta.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La exploración logopédica de la EPOC se limita a la valoración de la disfagia y su riesgo de aparición. Las estrategias y técnicas de evaluación son las habituales para este trastorno de la deglución.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos aerodigestivos.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

Los logopedas disponen de la versión en español del *Quebec Sleep Questionnaire*, un cuestionario de calidad de vida para la apnea obstructiva del sueño.

Tos crónica

Para valorar el impacto de la tos crónica en la vida de los pacientes, está disponible la versión española del *Leicester Cough Questionnaire* (LCQ-Sp), un cuestionario de 19 ítems que evalúa tres ámbitos: físico, psicológico y social.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales y reflujo faringolaríngeo

Actualmente, no hay cuestionarios específicos sobre la calidad de vida para el trastorno del MPCV ni para el RFL traducidos y validados en catalán o castellano. El logopeda debe recurrir a cuestionarios como el *Voice Handicap Index* o el *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL) y adaptar las preguntas o bien utilizar las versiones inglesas del *Laryngopharyngeal Reflux-Health-Related Quality of Life* (LPR-HRQL).

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Existe el PREM-C9 (*Patient Reported Experience Measure – COPD*, 9 ítems): es un cuestionario diseñado para evaluar la experiencia del paciente con EPOC, no solo sus síntomas o calidad de vida, sino cómo percibe la atención sanitaria y cómo se relaciona en su vida diaria con la enfermedad.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar las barreras contextuales y los facilitadores.

Se deben evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, entre ellos, dificultad para llamar por teléfono si se ve afectada la voz (d350 o d3600); dificultad para socializar por culpa de ronquera o malestar laríngeo (d9205). Entre los factores ambientales, hay que evaluar la intensidad de ruido (e2500) o la calidad del aire (e260), así como los productos personales domésticos (e110, respiradores o humidificadores no disponibles en casa) o el soporte familiar (e310, falta de apoyo emocional o práctico en familia).

En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de evaluación de aspectos relacionados con el papel del contexto en las enfermedades aerodigestivas en las que intervienen los logopedas.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

Consideraciones de evaluación

Consideraciones culturales e individuales

Los logopedas deben llevar a cabo las evaluaciones de forma sensible a los antecedentes culturales del individuo, sus creencias, prácticas, hábitos dietéticos, su historia de conductas alimentarias desordenadas y sus preferencias para la intervención médica. Las creencias culturales,

religiosas e individuales sobre las prácticas alimentarias pueden afectar al nivel de confort o a la voluntad de un individuo de participar en la evaluación. Algunos hábitos alimentarios que parecen ser un signo de un trastorno aerodigestivo (por ejemplo, evitar ciertos alimentos o negarse a comer otros) pueden estar relacionados con diferencias culturales en los hábitos alimentarios o pueden ser síntomas de un trastorno alimentario.

Las creencias y preferencias individuales se deben tener en cuenta a la hora de proporcionar educación y recomendaciones. Las estrategias de entrevistas que tienen en cuenta las variantes etnográficas pueden ayudar a recopilar información útil para la comprensión del caso y, por tanto, para la intervención logopédica. La colaboración con otros profesionales (por ejemplo, agente cultural, proveedor de salud mental, dietista registrado, etc.) puede ser beneficiosa.

También hay que tener en cuenta, en las evaluaciones video-fluoroscópicas, el impacto potencial de la concentración de bario y la viscosidad de los estímulos de prueba para todos los individuos. Esto es particularmente importante para bebés y niños pequeños con trastornos aerodigestivos.

Durante el examen, también se deben valorar posibles intervenciones y las recomendaciones de tratamiento (posicionamiento, utensilios, tipo de botellas y tetinas, texturas y viscosidad líquida, y estrategias compensatorias).

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarias de logopedia las personas con trastornos aerodigestivos susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, tanto si la disfunción es la causa o la consecuencia del trastorno, y siempre que esta afecte al desarrollo o a la ejecución de una o más funciones del sistema estomatognático (SE), sea de alimentación o de comunicación.

Criterios para regular el tratamiento

- Pacientes con un índice de apnea/hipopnea grave que necesitan dispositivo CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).
- Pacientes diagnosticados con apnea central del sueño.
- Pacientes que presentan falta de colaboración.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.
- Enfermedad psiquiátrica activa, trastornos de conducta o deterioro cognitivo que impidan el aprendizaje.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos aerodigestivos son maximizar las habilidades, la actividad, la participación del lenguaje y la comunicación de las personas:

- **Habilidades:** mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del SE.
- **Actividad:** minimizar los trastornos aerodigestivos, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias de cada individuo y preferencias. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

A continuación, presentamos el objetivo general del tratamiento concreto de las diversas alteraciones en que intervienen los logopedas.

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

El objetivo del tratamiento es la disminución de las apneas o hipopneas que presenta el paciente. Hay que tener en cuenta que el objetivo final es mejorar la calidad de vida general del paciente y evitar los efectos secundarios que puede tener la interrupción del sueño o las diferentes alteraciones en el crecimiento orofacial del paciente y su repercusión en las funciones orales.

Tos crónica

El objetivo del tratamiento es ayudar al individuo a controlar la tos mediante la identificación de desencadenantes, el uso de estrategias para suprimir la tos, la reducción de la irritación de la laringe y el uso de conductas saludables de higiene vocal. Los servicios de logopedia deben coordinarse con el manejo médico de la causa subyacente para implementar sus servicios tras descartar o abordar otros factores que contribuyen.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El objetivo del tratamiento es establecer una abducción constante de las cuerdas vocales durante el ciclo respiratorio para mantener una vía aérea patente. Esto reduce la ansiedad y afirma que la respiración es constantemente alcanzable, incluso, en presencia de desencadenantes ambientales o relacionados con la actividad.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

El objetivo general de la intervención logopédica es reducir los síntomas vocales y respiratorios mediante técnicas directas e indirectas

que mejoren la eficiencia vocal, disminuyan la hiperfunción laríngea y promuevan hábitos vocales saludables, complementando el tratamiento médico para favorecer la recuperación de la mucosa y la calidad vocal.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Los objetivos de la intervención logopédica en la disfagia asociada a la EPOC son los propios de la logopedia en los trastornos de la deglución, teniendo en cuenta, como siempre, el estado general y las necesidades del paciente.

Intervenciones preventivas

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

La literatura científica subraya la importancia de intervenciones preventivas para el SAOS orientadas tanto a la población general como a colectivos específicos, especialmente en edades tempranas.

En la población infantil, es fundamental implementar programas de sensibilización dirigidos a padres, pediatras y especialistas en otorrinolaringología para facilitar su detección precoz, la derivación efectiva y la prevención mediante educación sanitaria. Propuestas como la creación de grupos educativos estructurados por franjas de edad que trabajen hábitos saludables e higiene nasal han demostrado su efectividad en la prevención de la roncopatía y la instauración de rutinas saludables. Estas intervenciones pueden incluir sesiones grupales presenciales, vídeos asincrónicos y revisiones periódicas para garantizar la adhesión familiar.

En adultos, se propone la creación de grupos multidisciplinarios de prevención, formados por profesionales como logopedas, dietistas-nutricionistas y fisioterapeutas, para llevar a cabo acciones formativas con pacientes con riesgo antes del inicio del tratamiento con CPAP, sea presencialmente o en línea.

Tos crónica

Las actuaciones preventivas en la tos crónica se centran en actuaciones ambientales como evitar la exposición al humo ambiental, la presencia de moho en casa y la convivencia con mascotas o en factores personales como el índice de masa corporal elevado y la historia familiar de tos crónica.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

Las actuaciones preventivas más efectivas en el MPCV combinan la detección precoz y la educación del paciente para reducir la recurrencia y mejorar su calidad de vida.

Los enfoques preventivos más efectivos son el entrenamiento respiratorio y las técnicas de relajación. Además, la identificación de los factores desencadenantes —como el estrés, el ejercicio intenso o la exposición a irritantes ambientales— es clave para educar a los pacientes en estrategias de evitación o afrontamiento adecuadas. Por otra parte,

la detección precoz por parte de profesionales de la educación, como docentes o entrenadores, puede contribuir a una derivación rápida.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Las actuaciones preventivas en el RFL tienen como objetivo evitar la progresión de la sintomatología, reducir el riesgo de recurrencia y preservar la función vocal y respiratoria del paciente. En este contexto, la intervención logopédica se integra dentro de un modelo interdisciplinario de prevención secundaria y terciaria, que se centra en la modificación de conductas fonatorias y los hábitos cotidianos que pueden perpetuar o agravar la irritación laríngea. La educación vocal, la higiene vocal y la gestión de la carga vocal son ejes fundamentales de estas actuaciones. Son muy efectivas las pautas de higiene que incluyen el ajuste de estilos de vida y hábitos alimentarios, tales como evitar comidas irritantes, dejar de fumar, perder peso, no comer antes de acostarse y dormir con la cabeza elevada, que contribuyen a reducir los episodios de reflujo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC es una afección que se puede prevenir y tratar, con una carga importante en el ámbito clínico y socioeconómico. Las estrategias preventivas, tanto primarias como secundarias, son fundamentales para reducir la incidencia, la progresión y las exacerbaciones. El cese del tabaquismo sigue siendo la intervención más eficaz en prevención primaria, dado que el tabaco es el principal factor de riesgo modificable. Además, la prevención secundaria se basa en la detección precoz mediante espirometría, especialmente en poblaciones de riesgo.

En el ámbito de la prevención de las exacerbaciones, la rehabilitación respiratoria y el soporte nutricional pueden ser intervenciones eficaces para reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que efectúen estudios de intervenciones preventivas en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Las decisiones de gestión médica en trastornos aerodigestivos buscan equilibrar las necesidades de las vías respiratorias para respirar con una preservación óptima de la calidad vocal y la integridad de la deglución. Los enfoques varían desde «esperar y vigilar» hasta intervenciones quirúrgicas complejas.

Algunos ejemplos de enfoques por parte de profesionales médicos adecuados incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tratamiento endoscópico de anomalías estructurales (por ejemplo, dilatación).
- Manejo médico o quirúrgico de la enfermedad subyacente que conduce al trastorno aerodigestivo.

- Reparación quirúrgica de anomalías estructurales que afectan a la función aerodigestiva (por ejemplo, aritenoidopexia, fundoplicatura, reparación de la fisura laríngea, supraglotoplastia, aritenoidectomía).

Los logopedas proporcionan un tratamiento directo o reparador para abordar problemas funcionales de la voz y problemas de alimentación y deglución. Los logopedas también proporcionan tratamiento directo para problemas de las vías respiratorias laríngeas, incluyendo el movimiento paradójico de las cuerdas vocales y la tos crónica.

La naturaleza, el alcance y la duración de la gestión del logopeda dependen de:

- El trastorno aerodigestivo subyacente, las estructuras y funciones afectadas, su gravedad y la historia relevante.
- El tipo y el curso de los medicamentos para tratar enfermedades subyacentes y que se producen simultáneamente.
- El tipo y el alcance del manejo quirúrgico necesario (por ejemplo, intervención quirúrgica y tiempo de curación, necesidad de un tubo de alimentación temporal).

La diversidad de trastornos que incluye este capítulo dedicado al rol de la logopedia en las alteraciones aerodigestivas nos obliga a una presentación sintética y heterogénea.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos aerodigestivos:

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

La intervención logopédica en pacientes con SAOS se centra fundamentalmente en la terapia miofuncional orofacial (TMO), que ha demostrado que mejora significativamente el índice de apnea-hipopnea (IAH), reduce la somnolencia diurna y mejora la calidad de vida en pacientes adultos y pediátricos. Aunque el grado de recomendación es alto, algunos estudios señalan que la calidad de la evidencia disponible todavía es limitada y hacen énfasis en la necesidad de estudios longitudinalmente robustos para evaluar su efectividad a largo plazo.

La TMO puede convertirse en una alternativa no invasiva para retrasar el uso de medidas terapéuticas más agresivas como el CPAP o la cirugía, especialmente en casos leves o moderados. La eficacia de esta terapia, sin embargo, es altamente dependiente de la frecuencia y la adhesión al tratamiento. Por este motivo, se recomienda una intervención inicialmente individualizada, con sesiones frecuentes y seguimiento continuo, que permita ajustar los objetivos terapéuticos en función de la evolución del paciente.

Aunque la literatura no proporciona evidencias concluyentes sobre la eficacia de las intervenciones grupales o telemáticas, la experiencia clínica indica que la incorporación de grupos reducidos (3-4 pacientes con características similares) en fases avanzadas puede facilitar la

generalización de los aprendizajes y la motivación de los participantes. Igualmente, los programas semipresenciales pueden tener un papel relevante en el mantenimiento de los resultados alcanzados, especialmente cuando se implementan con estructuras híbridas que combinan sesiones presenciales con seguimientos en línea.

Una propuesta funcional es la elaboración de un plan individualizado que incluya una visita inicial presencial de valoración logopédica, seguimientos alternados presenciales y en línea, y soporte digital (vídeos, herramientas de registro), siempre adaptado a las necesidades y capacidades del paciente. Este enfoque optimiza los recursos, mejora la accesibilidad al tratamiento y favorece la adherencia terapéutica.

Tos crónica

La tos crónica es un síntoma complejo que puede persistir a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado. En este contexto, la intervención logopédica ha demostrado ser una herramienta efectiva para gestionarla mejor, especialmente en casos clasificados como tos crónica refractaria o inexplicada. Esta terapia se basa en técnicas conductuales destinadas a modificar la respuesta del reflejo tusígeno y desensibilizar los estímulos que lo activan.

Las sesiones de terapia logopédica incluyen técnicas para controlar voluntariamente la tos y reducir las irritaciones en la garganta. Además, la terapia se puede aplicar en combinación con tratamientos farmacológicos, para potenciar su efecto. Entre las actividades clínicas más habituales está la educación sobre la naturaleza de la tos crónica, incluyendo la diferenciación con la tos aguda, el establecimiento de la supresión como objetivo terapéutico seguro, la identificación del umbral de tos y la desensibilización progresiva, así como la promoción de la adherencia al tratamiento médico prescrito.

Una parte fundamental del tratamiento logopédico es la promoción de hábitos saludables de higiene vocal. Esto incluye la identificación de conductas de riesgo como la hidratación insuficiente o la respiración oral y el entrenamiento en prácticas saludables como beber suficiente agua, utilizar un volumen vocal adecuado y evitar entornos irritantes. También se enseña el uso de estrategias de supresión de la tos, como la respiración relajada de garganta, la respiración con labios pursos o la exhalación lenta y sostenida. Estas técnicas suelen combinarse con distracciones físicas, como tragar saliva o beber agua, y recursos sensoriales, como caramelos no medicados o cubitos de hielo.

El logopeda inicia estas estrategias en un entorno neutro, libre de desencadenantes, para establecer patrones funcionales consistentes. Posteriormente, se pueden introducir estímulos como olores fuertes, cambios de temperatura o actividad física, a fin de que la persona practique el control de la tos en condiciones reales. El tratamiento se considera completo cuando la persona es capaz de gestionar la tos en diferentes contextos y ante los desencadenantes habituales.

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

El tratamiento logopédico del MPCV constituye una herramienta terapéutica de primer orden, especialmente por su enfoque no invasivo y su capacidad de proporcionar al paciente estrategias autónomas de control respiratorio. La intervención se basa fundamentalmente en técnicas de reentrenamiento respiratorio diseñadas para inhibir la aducción inapropiada de las cuerdas vocales durante la inspiración, característica de este trastorno. Este abordaje puede producir mejoras sustanciales y sostenidas en la sintomatología, y reduce la necesidad de intervenciones médicas agudas.

Los logopedas pueden implementar un abanico de procedimientos individualizados según las características del paciente y los desencadenantes del MPCV. Una técnica clave es la respiración relajada de glotis, que entrena las cuerdas vocales para mantenerlas abducidas durante todo el ciclo respiratorio; incluye inspirar por la nariz con la lengua relajada en el suelo de la boca y los labios en contacto leve, seguida de una exhalación a través de los labios puros o de la producción de un sonido como /s/.

La respiración diafragmática o abdominal también es esencial para reducir la tensión muscular y eliminar patrones de respiración clavicular, habituales en personas con MPCV. Esta técnica se centra en la expansión del abdomen y la caja torácica costal inferior durante la inspiración, y contribuye a una mejora de la coordinación respiratoria y vocal.

Una vez adquiridas las técnicas, el logopeda puede introducir progresivamente retos simulando situaciones reales o desencadenantes. Por ejemplo, el entrenamiento durante la actividad física (una carrera suave o deportes de competición) y la exposición gradual a estímulos ambientales, tales como olores o productos químicos, dentro de un contexto seguro y controlado.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Las actuaciones logopédicas tienen como objetivo reducir los síntomas vocales (disfonía, fatiga vocal, sensación de garganta seca o irritada, necesidad de aclararse la garganta), mejorar la calidad vocal y disminuir el impacto funcional del trastorno en la comunicación y la calidad de vida del paciente.

A partir del diagnóstico funcional se establece un plan terapéutico individualizado que puede incluir técnicas indirectas (educación en higiene vocal, modificación de estilos de vida, consejos sobre alimentación y posturas) y técnicas directas (entrenamiento vocal específico, técnicas de relajación muscular, reeducación respiratoria y mejora de la coordinación fonorespiratoria).

Un componente fundamental de la terapia logopédica en RFL es la intervención en la hiperfunción laríngea y la tensión supraglótica, habituales en pacientes con laringe irritada. El objetivo es conseguir un uso más eficiente y menos esforzado de la voz, para reducir la sobrecarga muscular y facilitar la recuperación de los tejidos laríngeos afectados por el reflujo.

La evidencia actual muestra que la combinación de tratamiento médico y terapia logopédica ofrece mejores resultados en la reducción de síntomas y en la mejora de los indicadores vocales, tanto objetivos como subjetivos, que el tratamiento farmacológico por sí solo. En este sentido, la intervención logopédica no solo tiene un valor terapéutico, sino también preventivo y educativo, puesto que fomenta hábitos vocales saludables y una mejor gestión de los factores de riesgo relacionados con el RFL.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Las actividades, maniobras e instrumentos de la intervención logopédica en la disfagia asociada a la EPOC son los propios de la logopedia en los trastornos de la deglución, teniendo en cuenta, como siempre, el estado general y las necesidades del paciente.

El CLC orienta a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes a que efectúen estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones de mantenimiento

En las alteraciones aerodigestivas, el seguimiento posterior al tratamiento es un elemento importante para la calidad de vida del paciente. Es esencial instruirle para que detecte la posible recidiva de la alteración y comunique cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado, para que puedan orientarlo en la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

El CLC orienta a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes a que efectúen estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones en el entorno

Las alteraciones aerodigestivas como el SAOS, la tos crónica, el MPCV, el RFL y la EPOC comparten una etiología multifactorial que a menudo incluye interacciones entre los sistemas respiratorio y digestivo. En este contexto, la intervención logopédica no solo se centra en técnicas directas sobre la función vocal, respiratoria o deglutoria, sino también en la modificación de aspectos ambientales que pueden contribuir significativamente a la sintomatología del paciente.

Varias investigaciones han puesto de manifiesto que el entorno físico y psicosocial tiene un impacto directo en la gravedad y frecuencia de los síntomas aerodigestivos. Por ejemplo, la calidad del aire interior (presencia de alérgenos, polución, humedad) se ha asociado al agravamiento de síntomas respiratorios y deglutorios, especialmente en pacientes con RFL o EPOC. Modificaciones como una ventilación adecuada, el uso de purificadores de aire o la reducción de irritantes inhalados pueden contribuir a una disminución de la activación del reflejo tusígeno y de la irritación de la mucosa laríngea.

El entorno acústico también tiene un papel clave. Espacios con exceso de ruido ambiental pueden provocar un uso vocal más forzado, con la consiguiente exacerbación de trastornos como el movimiento paradójico de las cuerdas vocales o la tos crónica. En este sentido, la intervención logopédica puede incluir recomendaciones de adaptación del entorno laboral o doméstico para minimizar la carga vocal y facilitar una comunicación más eficiente.

Además, factores psicosociales como el estrés ambiental y el ritmo de vida acelerado pueden aumentar los síntomas de estas alteraciones. Intervenciones orientadas a la higiene del sueño, la reducción del ruido nocturno y la regulación de los horarios pueden tener efectos beneficiosos en enfermedades como el SAOS o el RFL. El logopeda puede trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales para implementar estrategias de higiene ambiental y conductual adaptadas a las necesidades del paciente.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios de intervenciones en el entorno de los trastornos aerodigestivos.

Intervenciones no recomendadas

La literatura científica reciente señala varias prácticas que no son recomendables o que pueden resultar contraproducentes en el manejo de las alteraciones aerodigestivas.

En pacientes con tos crónica o MPCV, se ha observado que fomentar la tos como forma de «liberación» puede reforzar circuitos neuronales disfuncionales y cronificar la sintomatología. La tos excesiva puede irritar aún más las vías aéreas superiores, manteniendo el ciclo de la inflamación y sensibilización del reflejo tusígeno.

En el caso del RFL, la imposición de dietas muy restrictivas sin una base diagnóstica clara puede provocar déficits nutricionales, impactar negativamente en la calidad de vida del paciente e, incluso, agravar la ansiedad asociada.

En alteraciones como la EPOC o el SAOS, se ha demostrado que el tratamiento centrado únicamente en fármacos (como broncodilatadores o inhibidores de la bomba de protones) sin un enfoque funcional o conductual (como el que aporta la logopedia) puede tener una efectividad limitada.

La literatura desaconseja el uso de ejercicios de fuerza vocal (como el *pushing*) durante fases de irritación laríngea, especialmente en casos de MPCV o RFL, ya que pueden incrementar el edema y la fatiga vocal.

Un enfoque exclusivamente estructural u orgánico que no tenga en cuenta los factores ambientales, emocionales y conductuales se considera limitado. Especialmente en enfermedades con componentes funcionales importantes, como el MPCV o la tos crónica, este enfoque puede ser insuficiente y retrasar la mejora clínica.

Equipamiento

El CLC recomienda a los profesionales de la práctica clínica que dispongan de los instrumentos y los siguientes elementos a la hora de intervenir

en trastornos aerodigestivos; y que velen por llevar a cabo su tarea profesional en un espacio con las condiciones adecuadas.

Equipamiento de evaluación funcional e instrumentación:

- Espirómetro portátil o dispositivo de medición del flujo respiratorio.
- Manómetro bucal/nasal.
- Tubos de resonancia o tubos de semioclusión.
- Material audiovisual y modelos anatómicos 3D.
- Material para reeducación diafragmática y respiración nasal.
- Software de registro acústico y aerodinámico.

Condiciones ambientales adecuadas en la consulta:

- Purificador de aire con filtro.
- Control de humedad y temperatura.
- Espacio tranquilo con acústica controlada.

Información de alta

Requisitos de alta

Criterios de alta de rehabilitación

El tratamiento finaliza en el momento en que se da alguna de estas situaciones:

- Se han alcanzado los objetivos terapéuticos.
- El paciente no mejora con el tratamiento y no se puede ofrecer ninguna otra opción de tratamiento rehabilitador.
- Otros impedimentos particulares del paciente para continuar con el tratamiento (incluye contraindicación del tratamiento por riesgo de empeoramiento clínico de alguna comorbilidad, el paciente rechaza el tratamiento, etc.).

Criterio para mantener un tratamiento

El hecho de que el paciente haya experimentado mejora progresiva de su situación funcional a lo largo del tratamiento y se observe que todavía hay posibilidad de mejora es criterio para prolongar un tratamiento, también más allá de la fecha de alta correspondiente a un tratamiento con duración estándar.

Las pruebas objetivas y subjetivas realizadas en la valoración inicial con el paciente son un aspecto clave. Por este motivo, es recomendable, al final del tratamiento o un tiempo después (3/6 meses del alta), poder volver a evaluar al paciente con las mismas pruebas (si no es posible hacerlas todas, al menos las que tienen relación con la funcionalidad muscular y las funciones orales).

Orientaciones para después del alta

En las alteraciones aerodigestivas, el seguimiento de la evolución posterior al tratamiento es un elemento importante para la calidad de vida del paciente. En algún caso, la condición de salud alterada se puede mantener a lo largo de toda la vida. El paciente y su entorno deben encontrar los soportes y las compensaciones para lograr que la salud no impida una vida normalizada. Es esencial instruirle para que detecte la posible recidiva de la alteración y comunique cualquier modificación de la sintomatología a los profesionales que lo han tratado, para que puedan orientarlo en la reactivación de los tratamientos o la implementación de medidas específicas para mejorar su curso clínico.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción	
FUNCIONES CORPORALES		
b1 Funciones mentales	b110	Funciones de la conciencia
	b134	Funciones del sueño
	b140	Funciones de la atención
	b144	Funciones de la memoria
b3 Funciones de la voz y el habla	b152	Funciones emocionales
b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	b440	Funciones respiratorias
	b445	Funciones de los músculos respiratorios
	b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio
b5 Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento	b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular
	b735	Funciones relacionadas con el tono muscular
	b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular
	b7401	Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado período de tiempo

378

Trastornos aerodigestivos

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d140	Aprender a leer
	d145	Aprender a escribir
	d150	Aprender a calcular
	d160	Centrar la atención
d4 Mobilidad	d475	Conducción

Bibliografía

Síndrome de la apnea obstructiva del sueño

- Camacho M, Certal V, Abdullatif J et al. Myofunctional therapy to treat obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2015;38(5):669-675. <https://doi.org/10.5665/sleep.4652>
- Guimarães KC, Drager LF, Genta PR, Marcondes BF, Lorenzi-Filho G. Effects of oropharyngeal exercises on patients with moderate obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;179(10):962-966. <https://doi.org/10.1164/rccm.200806-981OC>
- Hsu B-T, et al. Effects of respiratory muscle therapy on obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(5):785-801. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8318>
- Ieto V, Kayamori F, Montes MI et al. Effects of oropharyngeal exercises on snoring: a randomized trial. *Chest*. 2015;148(3):683-691. <https://doi.org/10.1378/chest.14-2953>
- O'Connor-Reina, Carlos et al. "Improving adherence to myofunctional therapy in the treatment of sleep-disordered breathing." *Journal of clinical medicine* 10.24 (2021): 5772. <https://doi.org/10.3390/jcm10245772>
- Randerath W, Verbraecken J, Baguet JP et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. *Eur Respir Rev*. 2021;30(162):210200. <https://doi.org/10.1183/16000617.0200-2021>
- Rodríguez-Alcalá L, Baptista P et al. Evaluation of muscle strength of the tongue with the Tongue Digital Spoon in patients with obstructive sleep apnea. *Life* (Basilea). 2022;12(11):1841. <https://doi.org/10.3390/life12111841>
- Rueda JR, Mugueta-Aguinaga I, Vilaró J, Rueda-Etxebarria M; Cochrane Airways Group. Myofunctional therapy (oropharyngeal exercises) for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(11):CD013449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013449.pub2>
- Zhang F, Tian Z, Shu Y et al. Efficiency of orofacial myofunctional therapy in treating obstructive sleep apnoea: a meta-analysis of observational studies. *J Oral Rehabil*. 2022;49(7):734-745. <https://doi.org/10.1111/joor.13325>
- Kearney, Ann. "The Role of Speech-Language Pathologists in Adults With Obstructive Sleep Apnea and Snoring." *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* (2025): 1-8. https://doi.org/10.1044/2025_PERSP-24-00290

Tos crónica

- Mitchell SA, Garrod R, Clark L et al. Physiotherapy and speech-language therapy intervention for refractory chronic cough: multicentre randomized controlled

- trial. *Thorax*. 2017;72(2):129-136. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-208843>
- Slinger, Claire et al. "Speech and language therapy for management of chronic cough." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7 (2019). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013067.pub2>
- Vertigan AE, Kapela SL, Ryan NM, Birring SS. Pregabalin and speech pathology combination therapy for refractory chronic cough: a randomized controlled trial. *Chest*. 2016;149(3):639-648. <https://doi.org/10.1378/chest.15-1271>
- Vertigan AE, Theodoros DG, Gibson PG, Winkworth AL. Efficacy of speech pathology management for chronic cough: a randomized placebo-controlled trial of treatment efficacy. *Thorax*. 2006;61(12):1065-1069. <https://doi.org/10.1136/thx.2006.064337>

Movimiento paradójico de las cuerdas vocales

- Chiang T, Marciniow AM, deSilva BW et al. Exercise-induced paradoxical vocal fold motion disorder: diagnosis and management. *Laryngoscope*. 2013;123(3):727-732. <https://doi.org/10.1002/lary.23654>
- Patel RR, Venediktov R, Schooling T, Wang B. Evidence-based systematic review: effects of speech-language pathology treatment for individuals with paradoxical vocal fold motion. *Am J Speech Lang Pathol*. 2015;24(3):566-584. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0120
- Sandage MD, Morton-Jones M, Hall-Landers RJ, Tucker JG. Treatment and outcome metrics for speech-language pathology treatment of upper airway disorders: systematic review. *J Speech Lang Hear Res*. 2024;67(11): 4391-4410. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-24-00396

Reflujo faringolaríngeo

- Huestis MJ, Keefe KR, Kahn CI, Tracy LF, Levi JR. Alternatives to Acid Suppression Treatment for Laryngopharyngeal Reflux. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2020;129(10):1030-1039. <https://doi.org/10.1177/0003489420922870>
- Lechien JR, Huet K, Khalife M et al. Impact of laryngopharyngeal reflux on subjective and objective voice assessments: prospective study. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;45:59. <https://doi.org/10.1186/s40463-016-0171-1>
- Pedersen M, Egg M. Laryngopharyngeal reflux – a randomized clinical controlled trial of voice changes after treatment in Scandinavian adults. *J Community Med Health Educ*. 2015;5:336. <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000336>
- Vashani K, Murugesh M, Hattiangadi G et al. Effectiveness of voice therapy in reflux-related voice disorders. *Dis Esophagus*. 2009;22(1):27-32. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2009.00992.x>

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- Borge, C.R., Hagen, K.B., Mengshoel, A.M. et al. Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC Pulm Med* 14, 184 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-184>
- Mancopes, Renata et al. "Chronic obstructive pulmonary disease and dysphagia: what have we learned so far and what do we still need to investigate?" *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 6.5 (2021): 1212-1221. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00288
- Zhu Y, Zhang Z, Du Z et al. Mind-body exercise for stable COPD: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sci Rep*. 2024;14:18300. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-69394-4>

