

Disfàgia

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disfàgia.
A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 324-341.
Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disfàgia.
A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. (pp. 324-341).
Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.

Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a l'avaluació, el diagnòstic i la intervenció en els trastorns de deglució, i disposa de formació específica per aplicar tècniques terapèutiques individualitzades i basades en l'evidència.
- 2 El CLC impulsa la recerca sobre la prevalença, l'impacte funcional i social, l'avaluació i la intervenció en la disfàgia, promou la creació d'instruments adaptats lingüísticament i culturalment al nostre context.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari i cooperatiu per a la disfàgia, que afavoreixi la detecció precoç, la coordinació entre professionals i la millora de la qualitat de vida de les persones afectades.

Què és?

Definició

La disfàgia és un trastorn o símptoma clínic que suposa la dificultat de fer arribar l'aliment de la boca a l'estómac. És un símptoma molt present en qualsevol patologia neurològica aguda o crònica i és una seqüela comuna en tumors de cap i coll. Pot presentar-se en qualsevol etapa de la vida, des de les primeres etapes per prematuritat, síndromes o danys neurològics, fins a la vellesa com a síndromes geriàtrics i de fragilitat. Pot requerir diferents tipus d'enfocaments tant mèdics com terapèutics. Segons la simptomatologia i el lloc on es troben les dificultats de deglució hi ha dos tipus de disfàgia:

- **Disfàgia orofaríngia (DO).** Comprèn les alteracions a la fase preparatòria, oral i faríngia posant especial atenció en la protecció de la via aèria i l'obertura de l' esfínter esofàgic superior. Aquesta suposa gairebé el 80 % dels diagnòstics de disfàgia.
- **Disfàgia esofàgica.** Comprèn l'alteració en la fase esofàgica de la deglució, és a dir, les alteracions del transport del bol alimentari des de l' esfínter esofàgic superior fins a l' esfínter esofàgic inferior.

Signes clínics

Els signes de la disfàgia, que afecten la seguretat i l'eficàcia, inclouen:
A la fase preparatòria i oral de la deglució:

- Incapacitat per mantenir el segell labial, fet que provoca fuites d'aliments o líquids de la cavitat oral cap a l'exterior (pèrdua anterior de bol).
- Dificultat per controlar els aliments dins de la boca.
- Dificultat per elaborar el bol alimentari, masticació ineficaç i temps extra necessari per formar el bol.
- Disminució en la mobilitat o en la força de la llengua per poder mobilitzar i propulsar els aliments des de la boca fins a l'orofaringe.
- Dificultat per iniciar l'impuls lingual per iniciar la deglució.
- Presència de residus d'aliments o líquids a la cavitat oral després d'empassar (residu oral).

A la fase faríngia:

- Aliments o líquids, que es desvien cap a la cavitat nasal (regurgitació nasofaríngia).
- Presència de residu a la faringe.
- Sensació d'aliments "enganxats" o d'ocupació de la faringe.
- Aliments, sòlids o líquids que es desvien cap a la via respiratòria (penetracions o broncoaspiracions) que afecten la seguretat de la deglució i que es poden manifestar amb:

326

Disfàgia

- Canvis en la qualitat de la veu (p. ex., veu humida) abans, durant o després de la deglució sigui tant d'aliments sòlids com líquids, també amb la saliva.
 - Tos o necessitat d'aclarir la faringe/laringe abans, durant o després de la deglució sigui tant d'aliments sòlids com líquids.
 - Reducció del nivell basal de saturació d'oxigen.
 - Cal tenir en compte que a vegades les alteracions de la seguretat són silencioses i no es manifesten clínicament amb tos ni canvi de veu ni dessaturació d'oxigen.
- Odinofàgia, que és dolor durant o després de la deglució tant d'aliments sòlids com líquids.
- Dificultat per coordinar la respiració i la deglució.

És important fer sempre una bona anamnesi i observar el moment en què es produeixen els signes d'alteració de la seguretat de la deglució; per poder diagnosticar una disfàgia orofaríngia cal conèixer el context d'altres indicadors clínics com ara l'etiologia de la malaltia que provoca la disfàgia i la salut general del pacient, i no dependre d'un sol signe o símptoma. No en tots els tipus de DO estan presents tots els signes d'alteració. La DO pot suposar diverses complicacions en la salut del pacient:

- Infecció respiratòria i febre aguda o de repetició: pneumònia per aspiració.
- Pèrdua de pes, desnutrició o deshidratació a conseqüència de la disminució de la ingesta d'aliments sòlids i líquids.
- Molèsties relacionades amb sospita de disfàgia esofàgica (per exemple: sensació de globus, regurgitació).
- Fragilitat i augment de la comorbiditat.
- Mort per complicacions respiratòries.

Codificació CIM-11

Codi	Concepte
MD93	Disfàgia
DD90.1	Trastorn funcional de la deglució
MG43.3	Dificultats de l'alimentació
MG43.32	Problema amb l'alimentació de l'adult
MG43.3Z	Dificultats de l'alimentació, sense especificació

Causes

La DO pot tenir causes funcionals o estructurals. Entre les causes funcionals trobem la disfàgia orofaríngia originada per:

- Malalties neurològiques agudes (íctus, traumatismes cranioencefàlics), cròniques o neurodegeneratives (esclerosi lateral

amiotròfica, esclerosi múltiple, malaltia de Parkinson, demències, etc.).

- Trastorns del desenvolupament que poden causar disfàgia en edat pediàtrica i neonatal.
- Presbifàgia, davallada fisiològica per l'envelliment.
- Altres causes poden ser síndromes com Plummer-Vinson o alteracions psicològiques o psiquiàtriques com ara trastorns d'ansietat que poden causar disfàgia psicogènica o fagofòbia.

Entre les causes estructurals, hi trobem:

- Seqüela posttractament oncològic de cap i coll, i tòrax: cirurgia i/o radioteràpia.
- Seqüela de traumatismes facials, cap i coll.
- Seqüeles de cremades, tant internes (càustics) com externes (cicatrització postcremada).
- Alteracions a conseqüència de malformacions craniofacials o diverticles faringoesofàgics.

Epidemiologia

La DO és una alteració altament prevalent tant en l'àmbit hospitalari com comunitari. Té una alta prevalença, i afecta fins al 27 % de la població d'adults ancians, més del 50 % dels ancians hospitalitzats i institucionalitzats, prop del 50 % dels pacients que pateixen un ictus, entre un 24 i un 85 % de pacients amb malalties neurodegeneratives, i 17-86 % dels pacients amb alteracions estructurals de cap i coll.

Causa	Prevalença
Ictus	600/100.000 habitants >15 anys
Parkinson	559,4/100.000 habitants a Espanya
Alzheimer	843,6-1243,2/100.000 habitants a Espanya
Esclerosi múltiple	24/100.000 habitants a Espanya
Esclerosi lateral amiotròfica	2,5-4,6/100.000 habitants a Catalunya

Aquestes dades de prevalença s'han calculat a partir de la prevalença de la malaltia en la població catalana i la de la disfàgia en la malaltia.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per conèixer la prevalença de la disfàgia al nostre país.

Impacte en la vida de la persona

La DO és una alteració de la deglució que incideix en la capacitat de menjar i beure amb el codi CIF d550 i d560, respectivament. La classificació internacional de funcionalitat (per les sigles en anglès d'ICF, *International*

Classification of Functioning, Disability and Health) va ser desenvolupada per l'OMS (2001) amb l'objectiu d'oferir una perspectiva biopsicosocial de la salut. Proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana. La DO és altament prevalent i afecta la qualitat de vida de les persones que la pateixen i provoca tensions psicològiques i socials, tant en els pacients com en els seus familiars; pot comportar depressió, episodis d'ansietat i aïllament social. A més, implica una disfuncionalitat que afecta el camp sensorial i estructural. Aquesta disfuncionalitat es codifica a la CIF com a alteracions de funcions sensorials relacionades amb la temperatura i altres estímuls (b270) i funcions relacionades amb la ingesta, com la succió (b5100), la mossegada (b5101), la masticació (b5102), la salivació (b5104) i la funció d'empassar (b5105). Les estructures que es poden veure afectades són la boca (s320), la laringe i la faringe (s330), a més de les glàndules salivals (s510) i l'estructura del cap i la regió del coll (s710).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació de conjunts bàsics de categories de la CIF (coreset) per a la identificació dels elements en què incideix la disfàgia.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0: limitació lleu de la deglució

Us de la via oral amb múltiples consistències sense preparacions adaptades ni compensacions, però sí amb restriccions. Possibles penetracions fins al vestíbul laringi i amb possibles residus.

Grau I: limitació moderada de la deglució

Es manté la via oral amb múltiples consistències però amb preparacions adaptades i compensacions. Possibles aspiracions o penetracions fins a plecs vocals. Pot haver-hi presència de residus postdeglució.

Grau II: limitació severa de la deglució

Us de la via oral total però amb una única consistència d'aliments i líquids. Presenta tos efectiva. Pot presentar alguns residus traqueals. Pot patir aspiracions que pot compensar i nodrir-se amb adaptacions com a mínim d'una viscositat.

Grau III: limitació greu de la deglució

Pacient dependent d'una via alternativa per a l'alimentació, la qual es complementa amb una ingesta mínima per via oral. Tos poc efectiva. Residus traqueals. Aspiracions amb líquids i sòlids. Molta dificultat per compensar amb adaptacions.

Grau IV: limitació total de la deglució

Pacient incapacitat per a la ingesta per via oral. Requereix una via alternativa per a l'alimentació. Absència de tos. Aspiracions silents que no compensa ni amb adaptacions de volum ni viscositats. Cal destacar que, actualment, hi ha algunes escales de referència com

la *Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)* i la *Functional Oral Intake Scale (FOIS)*, que també es recomanen des del CLC.

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a la realització dels tractaments preventius, diagnòstic clínic, rehabilitadors i de manteniment en la deglució. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la LOPS, que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats de prevenció, avaluació i tractament dels trastorns orals no verbals, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. De la mateixa manera, de l'Ordre CIN/726/2009 que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda és palès que els logopedes graduats coneixen les bases anatomicofisiològiques de la deglució, els seus trastorns i les tècniques i instruments per al seu diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades de la deglució.

Tal com indica el Codi deontològic del CLC, els logopedes han d'exercir la seva professió amb competència, per tant, les professionals que atenen aquesta població han d'estar adequadament formades per fer-ho. Els logopedes dedicats a l'atenció del pacient amb disfàgia han d'estar preparats per a l'ús de les proves d'exploració, interpretar els signes d'alteració de la deglució, arribar a un diagnòstic clínic, i aplicar les tècniques d'intervenció pròpies de la professió.

Orientació interdisciplinària

Cal tenir present que l'abordatge de la disfàgia ha de ser interdisciplinari, bàsicament perquè la disfàgia no es presenta mai sola, sinó que sovint forma part d'una malaltia més àmplia. La disfàgia n'és una manifestació més que requereix un abordatge molt específic i cooperatiu. En un primer moment, quan es detecta la disfàgia, intervenen diversos professionals de la salut, com ara infermeres i especialistes mèdics otorrinolaringòlegs, neuròlegs, geriatres, entre d'altres, així com logopedes. Durant la fase d'exploració de la funció deglutòria, els logopedes s'encarreguen de les avaluacions clíniques. A continuació els otorrinolaringòlegs, radiòlegs i digestòlegs s'encarreguen de les exploracions instrumentals amb la participació dels logopedes sempre que sigui possible. La selecció de les disciplines que intervindran en el tractament de la disfàgia dependrà del tipus d'intervenció necessària.

A més, hi ha altres disciplines que poden intervenir de manera ocasional en el tractament de la disfàgia per oferir suport en àrees específiques, com la fisioteràpia, la teràpia ocupacional, la infermeria, la psicologia i la dietètica, cadascuna des de la seva perspectiva i amb els procediments que li són propis.

330

Disfàgia

En els equips interdisciplinaris cal afavorir la possibilitat d'interconsulta presencial i espais per a la discussió de casos clínics complexos. En són un exemple els comitès de disfàgia presents a molts hospitals.

En un 65 %-80 % dels pacients tractats de manera interdisciplinària s'aconsegueix una alimentació oral més segura i eficaç; la detecció i la intervenció multidisciplinària de la DO redueix la morbiditat i la mortalitat, i millora la qualitat de vida de les persones que la pateixen. A més, gràcies a la intervenció interdisciplinària es redueixen els costos econòmics derivats de les hospitalitzacions repetides de les persones per pneumònies per aspiració.

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

Després del cribratge d'un usuari o davant d'una sospita de DO és necessari fer una derivació al logopeda que en farà una avaluació clínica amb l'objectiu d'obtenir un diagnòstic, donarà les recomanacions compensatòries pertinents i, si és possible, iniciarà la rehabilitació. En el context de l'atenció extrahospitalària o hospitalària, la persona pot ser derivada al servei de logopèdia per diversos especialistes: digestòleg, neuròleg, foniatra, otorrinolaringòleg, pneumòleg, metge de família entre altres o, per professionals de la salut com ara nutricionistes o fisioterapeutes que formin part de l'equip interdisciplinari d'atenció a la disfàgia orofaríngia.

A la derivació caldrà informació relativa a:

- Orientació diagnòstica amb informació de les estructures afectades.
- Temps d'evolució de la clínica i repercussió en les activitats de la vida diària del pacient.
- Proves complementàries relacionades realitzades amb resultats, interpretació i data (videofluoscòpia, videoendoscòpia de la deglució, etc.) amb l'accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Hipòtesis de l'impacte en la funcionalitat.
- Repercussió de la clínica en l'àmbit laboral i social.
- Cronograma, data de realització i descripció dels tractaments relacionats duts a terme, tant farmacològics, com rehabilitadors i quirúrgics.

Exploració clínica

D'acord amb la CIF, el CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a realitzar una avaluació integral per identificar i descriure:

- Deficiències en l'estructura i la funció corporal, relacionades amb la deglució i la funció de les vies respiratòries, faríngia i laríngia.

- Limitacions en l'activitat i la participació, incloses les interaccions socials i els factors contextuals (ambientals i personals) que serveixen de barrera o de facilitadors de l'èxit de l'alimentació i la participació en la vida.
- L'impacte de les alteracions de la deglució en la qualitat de vida, inclòs l'impacte de les limitacions en els rols socials de la persona dins de la seva comunitat.

1 / Avaluació de l'estructura i de les funcions corporals

Aquesta avaluació ha de permetre detectar les estructures i les funcions corporals afectades que comporten alteracions tant de l'eficàcia com de la seguretat de la deglució. Es pot dur a terme mitjançant mètodes clínics o proves instrumentals complementàries.

Davant d'una sospita de disfàgia, qualsevol professional de la salut de l'equip interdisciplinari ha d'aplicar un test de cribratge a les persones amb semiologia de disfàgia orofaríngia i facilitar unes pautes preliminars d'actuació. Posteriorment, el pacient ha de ser derivat al logopeda perquè aquest en realitzi una avaluació clínica completa.

Quan el resultat de l'exploració clínica comporti dubtes sobre el mecanisme que explica la disfàgia, cal orientar cap a alguna prova instrumental que doni resposta.

Exploració clínica

Els logopedes poden aplicar qualsevol de les proves validades científicament per a l'avaluació clínica de la DO. Tot i això, sempre serà recomanable efectuar aquelles que a més de diagnosticar, orientin al tractament i que permetin als logopedes detectar el perquè de cadascun dels signes presentats i quina n'és la causa. Els logopedes han de detectar fins a on els signes d'alteració poden afectar la salut i la qualitat de vida de l'usuari. Amb els resultats de l'avaluació clínica, els logopedes han de ser capaços d'obtenir la informació per poder portar a terme la rehabilitació individualitzada de les estructures i funcions corporals afectades per a cada persona segons els signes d'alteració trobats o derivar en el cas que sigui necessària una exploració complementària.

Les proves s'han de triar segons els objectius primaris de l'avaluació tenint en compte les característiques generals de la persona, com és l'edat i l'etiologia.

Algunes de les proves recomanades, entre altres, són:

- Exploració dels parells cranials.
- Mètode d'exploració clínica volum-viscositat (MECV-V).
- *Gugging swallowing screen* (GUSS).
- Test de Yale (aigua).
- Auscultació cervical.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants dur a terme estudis amb l'objectiu de crear instruments d'avaluació de la disfàgia en català i castellà.

Exploració instrumental

Aquestes són proves per a les quals és necessari l'ús d'instruments com la màquina de raigs X, el fibroscopi, l'ecògraf o un aparell de manometria per poder fer el diagnòstic.

Algunes de les proves instrumentals complementàries recomanades, entre altres, són:

- Fibroendoscòpia (FEES).
- Videofluoroscòpia (VFS).
- Ecografia per ultrasò (US).
- Manometria faringoesofàgica.

Aquestes proves permetran indicar el tractament necessari, ja sigui adaptatiu i de cures bàsiques, compensatori i/o amb adaptació de la dieta, o amb tècniques de reconstitució que requereixen intervenció especialitzada. El logopeda hauria d'estar present tant en la realització de la FEES com de les VFS, sempre que sigui possible, per orientar de forma correcta l'exploració instrumental i per obtenir informació per determinar la intervenció que se'n derivi.

Per a cada persona amb disfàgia, cal estudiar els professionals necessaris per a la intervenció (metge, logopeda, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.). L'objectiu és l'atenció personalitzada per part de l'equip multidisciplinari a l'hora d'abordar la situació de la millor manera.

Els casos més complexos poden derivar-se als comitès de disfàgia, en els quals un grup d'experts, entre ells el logopeda, decideix conjuntament quina és l'atenció i la intervenció més necessària i adequada per a cada persona.

Algunes de les proves i instruments que els logopedes han de fer servir per valorar les funcions orals es poden considerar que envaeixen el cos del pacient (com mirallets, depressors o els mateixos dits). En el mateix sentit, tant en l'exploració com en el tractament, és usual utilitzar aliments que són ingerits en la consulta. Cal recordar que aquestes proves i procediments s'han de realitzar en consultes o centres sanitaris que puguin respondre davant de qualsevol eventualitat que suposi un risc per al pacient.

2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida

A les entrevistes amb la persona i el seu entorn, és important valorar com la disfàgia afecta la seva vida quotidiana. Cal conèixer amb detall i atenció l'impacte que aquest trastorn té en la qualitat de vida dels usuaris. Per fer-ho, hi ha instruments específics d'avaluació de la qualitat de vida com, per exemple:

- *Swallowing Quality of Life Questionnaire.*
- *Deglutition handicap Índex / Dysphagia Handicap Index.*

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per a identificar les barreres contextuals i facilitadores. S'han d'avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats, com poden ser normes, costums i ideologies socials i culturals (e465) i l'ús de productes i tecnologia per al consum personal (e110).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments d'avaluació de les necessitats de la persona i el seu context en català i castellà.

A qui s'adreça la intervenció?

Críteris per a la indicació del tractament

En general, és tributari de la intervenció qualsevol usuari amb signes d'alteració de l'eficàcia i la seguretat de la deglució. Tots els pacients amb un risc en la seguretat deglutòria (com els pacients intervinguts de cap i coll, neurològics i de la tercera edat) s'han de mantenir en dieta absoluta fins que es faci una avaluació de la deglució mitjançant una eina fiable i vàlida.

Totes aquelles persones que presentin disfàgia susceptible de millora tant de la seva simptomatologia com de l'impacte del trastorn en la seva vida quotidiana han de ser tributaris de la intervenció logopèdica mitjançant un tractament de rehabilitació. Igual que els pacients amb trastorns de la deglució que presentin disfàgia funcional o estructural susceptible de millora amb intervenció de la rehabilitació, sense límit d'edat. Així doncs, són tributaris del tractament rehabilitador les persones amb trastorns de la deglució en qui es pugui definir d'una manera clara els objectius terapèutics i funcionals individualitzats per complexitat de la patologia i intensitat de rehabilitació i el pronòstic evolutiu segons l'equip mèdic de referència.

Cal considerar com a tractaments prioritaris els d'aquelles persones que s'estiguin alimentant mitjançant nutrició artificial, com són la sonda nasogàstrica (SNG) o gastrostomia endoscòpica percutània (PEG) i tinguin pronòstic de millora, i aquelles persones que s'alimenten per via oral amb risc per a la seguretat deglutòria.

Críteris per regular el tractament

És important regular la intensitat del tractament logopèdic davant de circumstàncies que impedeixin o interfereixin en l'evolució correcta del procés i en la millora funcional del pacient. Concretament, aquelles persones que presentin:

- Disfàgia estabilitzada (sostre terapèutic) sense que s'hagi assolit retorn a la funció prèvia a la patologia.

- Manca de responsabilitat del pacient en el seu procés assistencial.
- Manca de nivell mínim d'alerta, de consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar d'una rehabilitació de la deglució.
- Persones que presenten trastorns de conducta o d'addicció que impedeixen l'aprenentatge.
- Manca de suport sociofamiliar adequat quan aquest és imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixen o interfereixen en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

Actuant en el marc de les decisions compartides, quan la persona atesa o la família no estan d'acord amb el procés o les opcions terapèutiques proposades, els logopedes poden optar per seguir acompanyant en la decisió presa o poden derivar a un altre professional. Podeu trobar més informació al Codi deontològic del CLC.

Com intervenir-hi?

Objectius

Els objectius d'intervenció es divideixen en:

- **Habilitats:** millorar, compensar o equilibrar les funcions i estructures del sistema de deglució.
- **Activitat:** minimitzar els símptomes de la disfàgia, incloent-hi les estratègies compensatòries apreses.
- **Participació:** permetre la participació segons les circumstàncies de cada persona i preferències. Desenvolupar habilitats i confiança social, promoure la independència. Reduir l'aïllament i augmentar la integració social.
- **Benestar:** maximitzar la sensació de benestar i la qualitat de vida de les persones. Desenvolupar estratègies d'afrontament.

Intervencions preventives

Qualsevol dels professionals de la salut que intervenen en l'atenció de persones amb risc de poder presentar disfàgia orofaríngia i que formin part de l'equip interdisciplinari han de poder portar a terme el cribatge per la detecció precoç dels possibles signes d'alteració de la deglució. El cribatge identifica els pacients amb risc de disfàgia i permet derivar els pacients per a rebre una avaluació completa. El cribatge s'ha de fer tan aviat com la persona amb sospita de disfàgia estigui desperta i en estat d'alerta.

El test de cribatge recomanat pel CLC és l'EAT-10, ja que permet la detecció precoç de persones amb signes de disfàgia orofaríngia. Davant d'un cribatge positiu, serà necessària la intervenció del metge i la derivació del logopeda.

Pel que fa a la disfàgia, els logopedes haurien de participar en àmbits de salut pública amb l'objectiu de prevenir o retardar l'aparició

dels símptomes, contribuint a protegir i promoure la salut al llarg de la vida. Una de les accions preventives que cal promoure és la detecció primerenca.

Intervencions de millora i rehabilitació

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir en els següents elements de la disfàgia. D'acord amb la CIF, els mètodes no invasius del tractament de la disfàgia es poden dividir en: a) adaptatius o cures bàsiques b) compensatoris, estratègies d'adaptació i c) tècniques de reconstitució que requereixen intervenció especialitzada.

- a Cures bàsiques.** Per exemple, vigilar la postura a l'hora dels àpats, el ritme dels àpats i la higiene oral.
- Assegurar-se sempre, abans de donar el menjar, que la persona amb DO està alerta, desperta i conscient.
 - Evitar distraccions i vigilar que a taula només hi hagi els utensilis necessaris.
 - Comprovar que els sòlids tinguin la consistència i textura recomanada i els líquids la viscositat més segura.
 - Cal vigilar el ritme en què es posa l'aliment a la boca, tant si el pacient és autònom com si necessita ajuda, per tal d'impedir que es provoquin aspiracions i la ingesta compulsiva.
 - Controlar la postura: esquena recta, cap i coll a la mateixa línia, peus a terra. S'ha de corregir sempre que sigui necessari. En cas d'estar enllitat o amb cadira adaptada, cal incorporar el tronc adoptant una posició superior als 45 graus, amb el cap aixecat i inclinat cap endavant per evitar la hiperextensió del coll.
 - La ubicació i postura del cuidador quan ha d'alimentar una persona amb DO ha d'estar a la mateixa alçada o per sota de qui està alimentant, sempre de cara, per evitar que la persona hagi de rotar el cap o faci una hiperextensió del coll.
 - Cal tenir cura de la higiene oral i de la pròtesi dental abans i, sobretot, en acabar de menjar, per evitar la colonització bacteriana.
- b Tècniques compensatòries i/o adaptació de la dieta.** Es tracta d'estratègies dietètiques per facilitar l'alimentació segura del pacient. En podem destacar les següents:
- Adaptació de la consistència i la textura dels aliments.
 - Adaptació de la viscositat dels líquids.
 - Maniobres posturals com la flexió anterior o posterior, rotació, inclinació, etc.

És molt important que davant d'un signe d'alteració de la seguretat es mantingui la dieta més segura. És recomanable consensuar totes les modificacions de la dieta amb l'equip, especialment amb la nutricionista, amb la persona afectada i amb la família.

El CLC recomana que es tingui en compte per a l'adaptació de les textures dels aliments i líquids la classificació del marc de la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI).

C Tècniques de reconstitució de la funció

- Tècniques d'increment sensorial amb augment del volum del bol i/o canvi de textura, ús de saboritzants, estimulació termo-tàctil, vibratòria, per polsos d'aire, etc.
- Exercicis de mobilitat, força, to i coordinació muscular com ara l'estimulació labial, lingual (IOP), de galtes i de vel del paladar, maniobra de Masako o exercici de Shaker.
- Tècniques deglutòries (amb/sense aliment): tècniques de protecció de la via aèria (maniobra supraglòtica i maniobra supersupraglòtica) i tècniques de facilitació del pas del bol (maniobra de deglució forçada, maniobra de Mendelson).
- Altres tècniques:
 - Estratègies de neuroestimulació elèctrica perifèrica: estimulació neuromuscular (NMES), estimulació elèctrica transcutània neuromuscular (NMES) que permet treballar sobre grups neuromusculars implicats en la deglució i l'estimulació elèctrica intrafaríngia (EEI). Es poden utilitzar en la fase aguda i a la fase estable. Es poden fer servir en l'àmbit hospitalari i ambulatori.
 - Electromiografia de superfície i *biofeedback*.
 - Entrenament muscular respiratori (RMT): serveix com a prevenció, en fase aguda i en fase estable. Es pot fer servir en l'àmbit hospitalari i ambulatori. Pot ser telemàtic, semi-presencial o presencial.
 - Embenat neuromuscular.

El CLC recomana que, en funció de la teràpia, la intervenció sigui individual, grupal o mixta; presencial o telemàtica. És important fer la selecció de tècniques rehabilitadores específiques per a cada persona, patologia, etiologia i signes d'alteració en la deglució.

Alguns dels tractaments o intervencions en el moment de publicació d'aquest document encara no tenen evidència a favor ni en contra per a la seva aplicació en alguns tipus de disfàgia funcional i estructural. Manquen estudis ben dissenyats i algunes de les tècniques són difícilment quantificables.

Els logopedes han de ser capaços de fer una cerca de pràctica clínica basada en l'evidència per poder trobar eines adequades, potents i afavoridores per poder ajudar a la rehabilitació de les afectacions de cada pacient. El CLC aconsella a estudiants, investigadors i professionals clínics fer estudis sobre la intervenció logopèdica en la disfàgia.

Intervencions de manteniment de la funció

El procés de recuperació del pacient amb disfàgia pot ser llarg. A vegades, la persona no podrà recuperar la totalitat de les competències perdudes o recuperar al nivell que tenia. Per aquest motiu, pot ser convenient promoure la realització d'activitats i maniobres per mantenir la funcionalitat i seguretat de la deglució assolides en el tractament. L'alimentació ha de realitzar-se en un espai inclusiu, normalitzat i segur per a tothom. La seva gestió pot estar en mans del mateix pacient o dels seus familiars o cuidadors amb l'orientació del professional de la logopèdia.

Intervencions en l'entorn

Entenem com a intervenció en l'entorn totes aquelles pautes que es puguin donar a les persones que formen part de la vida del pacient; bé poden ser programes educatius o suports a la família o els cuidadors. Cal tenir en compte el resultat de l'avaluació del context, la participació i la qualitat de vida, a l'hora de programar les intervencions.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció en l'entorn de les persones amb disfàgia.

Intervencions no recomanades

Si el logopeda no coneix o no troba evidència científica de com és de favorable un tipus de tractament o tècnica per a un tipus de disfàgia determinat, no ha de dur a terme aquesta tècnica. Així mateix, si el logopeda no està preparat per realitzar algun tipus de tractament, tot i que sigui favorable per a l'usuari, s'ha de formar en el cas que sigui una tècnica de la qual en pugui fer ús, o derivar al professional adequat per fer la intervenció en el cas que sigui una tècnica que no pugui aplicar com a logopeda.

Equipament

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a disposar de tots els objectes necessaris per dur a terme l'avaluació i el tractament rehabilitador. Habitualment, caldrà tenir a mà guants, depressors, mirallet, vibradors, gots de diferents formats i coberts de taula adaptats i normalitzats. Per a l'estimulació tèrmica, caldrà disposar de microones i refrigeradors per escalfar o refredar. Si es té la formació adequada es poden utilitzar instruments d'estimulació elèctrica neuromuscular. És recomanable tenir accés a un aspirador per si es necessita. Com a materials fungibles, caldrà tenir productes com els espessidors. Cal tenir present que el professional no pot donar menjars al pacient que no hagin estat aportats pel mateix pacient o servits per serveis acreditats d'alimentació de centres sanitaris.

És fonamental que els logopedes apliquin rigoroses mesures d'higiene per garantir la seguretat tant dels pacients com d'ells mateixos. Aquestes mesures inclouen la desinfecció regular del material i superfícies de treball, el rentat de mans abans i després de cada sessió, l'ús d'utillatge d'un sol ús quan sigui possible, i la ventilació adequada dels espais. A més, en casos que ho requereixin, com en situacions de

risc de contagis, és important utilitzar mascareta i guants, i seguir els protocols establerts per les autoritats sanitàries. Aquestes pràctiques són essencials per prevenir infeccions i crear un entorn terapèutic segur i de confiança.

Informació d'alta

Requisits d'alta

Per valorar l'estat funcional del pacient en el moment de l'alta, es realitza una nova avaluació amb les mateixes proves i escales de la valoració inicial i s'informa del resultat obtingut després del procés d'intervenció.

Es considera que el tractament pot finalitzar quan l'avaluació integral informa que l'estat del pacient ha millorat en el seu grau de severitat o bé quan:

- Les tasques del tractament són de naturalesa repetitiva i ja no suposen canvis en les capacitats o el pacient no requereix un seguiment constant per completar les tasques.
- El pacient ha assolit el nivell més alt de capacitat funcional possible, ja que no s'observen millores.
- Els objectius terapèutics han compensat els requisits nutricionals i hi ha baix risc de complicacions com ara desnutrició o sobreinfecció respiratòria per broncoaspiració.

Orientacions per a després de l'alta

A l'alta, la persona atesa ha de rebre un informe amb les recomanacions a seguir.

Si encara necessita una adaptació de textures i viscositats dels aliments sòlids i líquids cal reforçar els coneixements del pacient i/o familiars per identificar les textures adequades segons el marc IDDSI i les tècniques que han de seguir tant en el moment de fer els àpats com en cada deglució.

Si, a més de necessitar mantenir amb les adaptacions de textures, es requereix continuar fent tècniques compensatòries, cal assegurar que seguiran aplicant-se en el domicili.

Si en el moment de l'alta, la funció deglutòria no està del tot recuperada és recomanable fer un seguiment als dos o tres mesos per assegurar l'estabilitat de la persona amb disfàgia.

Codificació CIF

Capítol	Codi i descripció
FUNCIONS CORPORALS	
b2 Funcions sensorials i dolor	b270 Funcions sensorials relacionades amb la temperatura i altres estímuls b279 Funcions sensorials addicionals, altres especificades i no especificades
b5 Funcions dels sistemes digestiu, metabòlic i endocrí	b510 Funcions relacionades amb la ingesta b5100 Succió b5101 Mossegar b5102 Masticació b5103 Manipulació del menjar a la boca b5104 Salivació b5105 Empassar b51051 Deglució faríngia b5153 Tolerància al menjar
ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ	
d5 Autocura	d550 Menjar: dur a terme les tasques i accions coordinades relacionades amb menjar els aliments servits, portar-los a la boca i consumir-los de manera adequada per a la cultura local, tallar o partir el menjar en trossos, obrir ampolles i llaunes, usar coberts, reunir-se per menjar, en banquets o sopars. d560 Beure: subjectar el got, portar-lo a la boca i beure de manera adequada per a la cultura local, barrejar, regirar i servir líquids per beure, obrir ampolles i llaunes, beure a través d'una palla o beure aigua corrent com d'una aixeta o font; mamar/lactar.
FACTORS AMBIENTALS	
e1 Productes i tecnologia	e110 Productes o substàncies per al consum personal
e4 Actituds	e465 Normes, costums i ideologies socials: major o menor dificultat per participar en actes relacionats amb els àpats

340

Disfàgia

Bibliografia

- Arreola V, et al. Effect of transcutaneous electrical stimulation in chronic post-stroke patients with oropharyngeal dysphagia: 1-year results of a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 35.9. 2021;778-789.
- Cichero JA, Murdoch BE. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. John Wiley & Sons, 2006.
- Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut: document de consens. 2018. <https://hdl.handle.net/11351/5694>
- Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia: 2021;0(0):1-27. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
- ESSD. ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients. Dysphagia. European Society for Swallowing Disorders; 2013.
- Govender R, Smith CH, Taylor SA, Barratt H, Gardner B. Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: A systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. *BMC Cancer*. 2017;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2990-x>
- IASLT. IASLT Position Statement on Swallow Screening. Irish Association of Speech & Language Therapists; 2016.
- Murray J, Sullivan PA. Frail elders and the failure to thrive. *The ASHA Leader*. 2006;11(14): 14-16.
- Olszewski J, Zielińska-Bliźniewska H, Pietkiewicz P. Dysphagia as interdisciplinary diagnostic and therapeutic problem. *Polish Otorhinolaryngology*. 2011;1.
- Perry A, Lee SH, Cotton S, Kennedy C. Therapeutic exercises for affecting post-treatment swallowing in people treated for advanced-stage head and neck cancers. *Cochrane database Syst Rev*. 2016;2016(8):CD011112. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011112.pub2>
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T AO, NC, Bambakidis, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3): e46-e110. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Shaker R, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology* 122.5. 2002; 1314-1321.
- Speyer R, Cordier R, Kim JH, Cocks N, Michou E, Wilkes-Gillan S. Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: a systematic review and meta-analyses. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(11):1249-1258. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14316>
- Steele CM, Bailey GL, Polacco REC, Hori SF, Molfenter SM, Oshalla M, Yeates EM. Outcomes of tongue-pressure strength and accuracy training for dysphagia following acquired brain injury. *International journal of speech-language pathology*. 2013; 15(5), 492-502.
- Swigert, NB. The source for dysphagia. *LinguiSystems*, 2000.
- Takizawa C, Gemmill E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*. 2016;31(3):434-441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>