

Disfagia

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Disfagia. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. 2.º edición revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 330-349. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Disfagia. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. 2.º edición revisada. (pp. 330-349). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, marzo de 2026. Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea General Ordinaria del 21 de marzo de 2026.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de deglución, y cuenta con formación específica para aplicar técnicas terapéuticas individualizadas y basadas en la evidencia.
- 2 El CLC impulsa la investigación sobre la prevalencia, el impacto funcional y social, la evaluación y la intervención en la disfagia, promueve la creación de instrumentos adaptados lingüística y culturalmente a nuestro contexto.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y cooperativo para la disfagia, que favorezca la detección precoz, la coordinación entre profesionales y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

¿Qué es?

Definición

La disfagia es un trastorno o síntoma clínico que supone la dificultad de hacer llegar el alimento de la boca al estómago. Es un síntoma muy presente en cualquier patología neurológica aguda o crónica y es una secuela común en tumores de cabeza y cuello. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida, desde las primeras etapas por prematuridad, síndromes o daños neurológicos, hasta la senectud como síndromes geriátricos y de fragilidad. Puede requerir diferentes tipos de enfoques, tanto médicos como terapéuticos. Según la sintomatología y el lugar donde se encuentran las dificultades de deglución, existen dos tipos de disfagia:

- **Disfagia orofaríngea (DO).** Son las alteraciones en la fase preparatoria, oral y faríngea poniendo especial atención en la protección de la vía aérea y la apertura del esfínter esofágico superior. Esta supone casi el 80 % de los diagnósticos de disfagia.
- **Disfagia esofágica.** Es la alteración en la fase esofágica de la deglución, es decir, las alteraciones del transporte del bolo alimentario desde el esfínter esofágico superior hasta el esfínter esofágico inferior.

Signos clínicos

Los signos y síntomas de la disfagia, que afectan a la seguridad y la eficacia, son:

En la fase preparatoria y oral de la deglución:

- Incapacidad para mantener el sellado labial, lo que provoca fugas de alimentos o líquidos de la cavidad oral hacia el exterior (pérdida anterior del bolo).
- Dificultad para controlar los alimentos dentro de la boca.
- Dificultad para elaborar el bolo alimenticio, masticación ineficaz y tiempo extra necesario para formar el bolo.
- Disminución en la movilidad o en la fuerza de la lengua para poder movilizar y propulsar los alimentos de la boca a la orofaringe.
- Dificultad para iniciar el impulso lingual para iniciar la deglución.
- Presencia de residuos de alimentos o líquidos en la cavidad oral después de tragar (residuo oral).

En la fase faríngea:

- Alimentos o líquidos, que se desvían hacia la cavidad nasal (regurgitación nasofaríngea).
- Presencia de residuo en la faringe.
- Sensación de alimentos "pegados" o de ocupación de la faringe.
- Alimentos, sólidos o líquidos que se desvían hacia la vía respi-

ratoria (penetraciones o broncoaspiraciones) que afectan a la seguridad de la deglución y que se pueden manifestar con:

- Cambios en la calidad de la voz (p. ej., voz húmeda) antes, durante o después de la deglución, ya sea de alimentos sólidos o líquidos, también con la saliva.
 - Tos o necesidad de aclarar la faringe/laringe antes, durante o después de la deglución, ya sea de alimentos sólidos o líquidos.
 - Reducción del nivel basal de saturación de oxígeno.
 - Hay que tener en cuenta que a veces las alteraciones de la seguridad son silencios y no se manifiestan clínicamente con tos ni cambio de voz ni desaturación de oxígeno.
- Odinofagia, que es dolor durante o después de la deglución tanto de alimentos sólidos como líquidos.
- Dificultad para coordinar la respiración y la deglución.

Es importante realizar siempre una buena anamnesis y observar el momento en que se producen los signos de alteración de la seguridad de la deglución; para poder diagnosticar una disfagia orofaríngea hay que conocer el contexto de otros indicadores clínicos tales como la etiología de la enfermedad que provoca la disfagia y la salud general del paciente, y no depender de un solo signo o síntoma. No en todos los tipos de DO están presentes todos los signos de alteración. La DO puede implicar varias complicaciones en la salud del paciente:

- Infección respiratoria y fiebre aguda o de repetición: neumonía por aspiración.
- Pérdida de peso, desnutrición o deshidratación a consecuencia de la disminución de la ingesta de alimentos sólidos y líquidos.
- Molestias relacionadas con sospecha de disfagia esofágica (por ejemplo: sensación de globo, regurgitación).
- Fragilidad y aumento de la comorbilidad.
- Muerte por complicaciones respiratorias.

Codificación CIE-11

333

Código	Concepto
MD93	Disfagia
DD90.1	Trastorno funcional de la deglución
MG43.3	Dificultades de la alimentación
MG43.32	Problema con la alimentación del adulto
MG43.3Z	Dificultades de la alimentación, sin especificación

Causas

La DO puede tener causas funcionales o estructurales. Entre las causas funcionales encontramos la disfagia orofaríngea originada por:

- Enfermedades neurológicas agudas (ictus, traumatismos craneoencefálicos), crónicas o neurodegenerativas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, demencias, etc.).
- Trastornos del desarrollo que pueden causar disfagia en edad pediátrica y neonatal.
- Presbifagia, pérdida fisiológica por envejecimiento.
- Otras causas pueden ser síndromes como Plummer-Vinson o alteraciones psicológicas o psiquiátricas tales como trastornos de ansiedad que pueden causar disfagia psicogénica o fagofobia.

Entre las causas estructurales, encontramos:

- Secuela postratamiento oncológico de cabeza y cuello, y tórax: cirugía y/o radioterapia.
- Secuela de traumatismos faciales, cabeza y cuello.
- Secuelas de quemaduras, tanto internas (cáusticas) como externas (cicatrización posquemadura).
- Alteraciones a consecuencia de malformaciones craneofaciales o divertículos faringoesofágicos.

Epidemiología

La DO es una alteración altamente prevalente tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Tiene una alta prevalencia, y afecta hasta el 27 % de la población de adultos ancianos, más del 50 % de los ancianos hospitalizados e institucionalizados, cerca del 50 % de los pacientes que sufren un ictus, entre un 24 y un 85 % de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, y 17-86 % de los pacientes con alteraciones estructurales de cabeza y cuello.

Causa	Prevalencia
Ictus	600/100.000 habitantes >15 años
Parkinson	559,4/100.000 habitantes en España
Alzheimer	843,6-1243,2/100.000 habitantes en España
Esclerosis múltiple	24/100.000 habitantes en España
Esclerosis lateral amiotrófica	2,5-4,6/100.000 habitantes en Cataluña

Estos datos de prevalencia se han calculado a partir de la prevalencia de la enfermedad en la población catalana y la de la disfagia en la enfermedad.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para conocer la prevalencia de la disfagia en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

La DO es una alteración de la deglución que incide en la capacidad de comida y beber con el código CIF d550 y d560, respectivamente. 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. La DO es altamente prevalente y afecta a la calidad de vida de las personas que la sufren y provoca tensiones psicológicas y sociales, tanto en los pacientes como en sus familiares; puede conllevar depresión, episodios de ansiedad y aislamiento social. Además, implica una disfuncionalidad que afecta al campo sensorial y estructural. Esta disfuncionalidad se codifica en la CIF como alteraciones de funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270) y funciones relacionadas con la ingesta, como la succión (b5100), la mordida (b5101), la masticación (b5102), la salivación (b5104) y la función de tragar (b5105). Las estructuras que se pueden ver afectadas son la boca (s320), la laringe y la faringe (s330), además de las glándulas salivales (s510) y la estructura de la cabeza y la región del cuello (s710).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar sobre qué elementos incide la disfgaia.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: leve limitación de la deglución

Uso de la vía oral con múltiples consistencias sin preparaciones adaptadas ni compensaciones, pero sí con restricciones. Posibles penetraciones hasta el vestíbulo laríngeo y con posibles residuos.

Grado I: moderada limitación de la deglución

Se mantiene la vía oral con múltiples consistencias, pero con preparaciones adaptadas y compensaciones. Posibles aspiraciones o penetraciones hasta pliegues vocales. Puede haber presencia de residuos posdeglución.

Grado II: severa limitación de la deglución

Uso de la vía oral total pero con una única consistencia de alimentos y líquidos. Presenta tos efectiva. Puede presentar algunos residuos traqueales. Puede sufrir aspiraciones que puede compensar y nutrirse con adaptaciones al menos de una viscosidad.

Grado III: grave limitación de la deglución

Paciente dependiente de una vía alternativa para la alimentación, que se complementa con una ingesta mínima por vía oral. Tos poco efectiva. Residuos traqueales. Aspiraciones con líquidos y sólidos. Mucha dificultad para compensar con adaptaciones.

Grado IV: limitación total de la deglución

Paciente incapacitado para la ingesta por vía oral. Requiere una vía alternativa para la alimentación. Ausencia de tos. Aspiraciones silentes que no compensa ni con adaptaciones de volumen ni viscosidades. Cabe destacar que, actualmente, existen algunas escalas de referencia como la *Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)* y la *Functional Oral Intake Scale (FOIS)*, que también se recomiendan desde el CLC.

Rol de logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para efectuar los tratamientos preventivos, diagnóstico clínico, rehabilitadores y de mantenimiento en la audición. 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 orales no verbales, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos 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, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el 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.

Tal como indica el Código deontológico profesional, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. Los logopedas dedicados a la atención del paciente con disfagia deben estar preparados para el uso de las pruebas de exploración, interpretar los signos de alteración de la deglución, alcanzar un diagnóstico clínico, y aplicar las técnicas de intervención propias de la profesión.

Orientación interdisciplinaria

Hay que tener presente que el abordaje de la disfagia debe ser interdisciplinario, básicamente porque la disfagia no se presenta nunca sola, sino que a menudo forma parte de una enfermedad más amplia. La disfagia es una manifestación más que requiere un abordaje muy específico y cooperativo. En un primer momento, cuando se detecta la disfagia, intervienen varios profesionales de la salud, como enfermeras y especialistas médicos otorrinolaringólogos, neurólogos, geriatras, entre otros, así como logopedas. Durante la fase de exploración de la función deglutoria, los logopedas se encargan de las evaluaciones clínicas. A continuación los otorrinolaringólogos, radiólogos y digestólogos se encargan de las exploraciones instrumentales con la participación de los logopedas siempre que sea posible. La selección de las disciplinas que intervendrán en el tratamiento de la disfagia dependerá del tipo de intervención necesaria.

Además, existen otras disciplinas que pueden intervenir de forma ocasional en el tratamiento de la disfagia para ofrecer soporte en áreas específicas, como la fisioterapia, la terapia ocupacional, la enfermería, la psicología y la dietética, cada una desde su perspectiva y con los procedimientos que le son propios.

En los equipos interdisciplinares hay que favorecer la posibilidad de interconsulta presencial y espacios para la discusión de casos clínicos complejos. Son un ejemplo los comités de disfagia presentes en muchos hospitales.

En un 65-80 % de los pacientes tratados de forma interdisciplinaria se consigue una alimentación oral más segura y eficaz; la detección y la intervención multidisciplinaria de la DO reducen la morbilidad y la mortalidad, y mejoran la calidad de vida de las personas que la sufren. Además, gracias a la intervención interdisciplinaria se reducen los costes económicos derivados de las hospitalizaciones repetidas de las personas por neumonías por aspiración.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

Después del cribado de un usuario o ante una sospecha de DO es necesario derivarlo al logopeda, quien llevará a cabo una evaluación clínica con el objetivo de obtener un diagnóstico, dará las recomendaciones compensatorias pertinentes y, si es posible, iniciará la rehabilitación. En el contexto de la atención extrahospitalaria u hospitalaria, la persona puede ser derivada al servicio de logopedia por varios especialistas: digestólogo, neurólogo, foniatra, otorrinolaringólogo, neumólogo, médico de familia, entre otros o, por profesionales de la salud como nutricionistas o fisioterapeutas que formen parte del equipo interdisciplinario de atención a la disfagia orofaríngea.

En la derivación deberá aportar información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras afectadas.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas con resultados, interpretación y fecha (videofluoroscopia, videoendoscopia de la deglución, etc.) con acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Hipótesis del impacto en la funcionalidad
- Repercusión de la clínica en el ámbito laboral y social
- Cronograma, fecha de realización y descripción de los tratamientos relacionados llevados a cabo, tanto farmacológicos, como rehabilitadores y quirúrgicos.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, el CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a llevar a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y la función corporal, relacionadas con la deglución y la función de las vías respiratorias, faríngea y laríngea.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluidas las interacciones sociales y los factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la alimentación y la participación en la vida.
- El impacto de las alteraciones de la deglución 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

Esta evaluación debe permitir detectar las estructuras y funciones corporales afectadas que conllevan alteraciones tanto de la eficacia como de la seguridad de la deglución. Se puede llevar a cabo mediante métodos clínicos o pruebas instrumentales complementarias.

Ante una sospecha de disfagia, cualquier profesional de la salud del equipo interdisciplinario tiene que aplicar un test de criba a las personas con semiología de disfagia orofaríngea y facilitar unas pautas preliminares de actuación. Posteriormente, el paciente tiene que ser derivado al logopeda porque este realice una evaluación clínica completa.

Cuando el resultado de la exploración clínica conlleve dudas acerca del mecanismo que explica la disfagia, hay que orientar hacia alguna prueba instrumental que dé respuesta.

Exploración clínica

Los logopedas pueden aplicar cualquiera de las pruebas validadas científicamente para la evaluación clínica de la DO. Sin embargo, siempre será recomendable efectuar pruebas que, además de diagnosticar, orienten al tratamiento y que permitan a los logopedas detectar el porqué de cada uno de los signos presentados y cuál es su causa. Los logopedas deben detectar hasta qué punto los signos de alteración pueden afectar a la salud y la calidad de vida del usuario. Con los resultados de la evaluación clínica, los logopedas deben ser capaces de obtener la información para poder llevar a cabo la rehabilitación individualizada de las estructuras y funciones corporales afectadas para cada persona según los signos de alteración encontrados o derivarla, en el caso de que sea necesaria una exploración complementaria.

Deben elegirse las pruebas en función de los objetivos primarios de la evaluación, teniendo en cuenta características generales de la persona, como la edad y la etiología.

Algunas de las pruebas recomendadas, entre otras, son:

- Exploración de los pares craneales.

- Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- *Gugging swallowing screen* (GUSS).
- Test de Yale (agua).
- Auscultación cervical.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios con el objetivo de crear instrumentos de evaluación de la disfagia en catalán y castellano.

Exploración instrumental

Para estas pruebas es necesario el uso de instrumentos como la máquina de rayos X, el fibroscopio, el ecógrafo o un aparato de manometría para poder realizar el diagnóstico.

Algunas de las pruebas instrumentales complementarias recomendadas, entre otras, son:

- Fibroendoscopia (FEES).
- Videofluoroscopia (VFS).
- Ecografía por ultrasonido (OS).
- Manometría faringoesofágica.

Estas pruebas permitirán indicar el tratamiento necesario, ya sea adaptativo y de cuidados básicos, compensatorio y/o con adaptación de la dieta, o con técnicas de reconstitución que requieren intervención especializada. El logopeda debería estar presente tanto en la realización de la FEES como de las VFS, siempre que sea posible, para orientar de forma correcta la exploración instrumental y para obtener información para determinar la intervención que se derive.

Para cada persona con disfagia, es preciso estudiar los profesionales necesarios para la intervención (médico, logopeda, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.). El objetivo es la atención personalizada por parte del equipo multidisciplinario a la hora de abordar la situación de la mejor manera posible.

Los casos más complejos pueden derivarse a los comités de disfagia, en los que un grupo de expertos, entre ellos el logopeda, decide conjuntamente cuál es la atención y la intervención más necesaria y adecuada para cada persona.

Algunas de las pruebas e instrumentos que los logopedas deben utilizar para valorar las funciones orales se pueden considerar que invaden el cuerpo del paciente (como espejos, depresores o los propios dedos). En el mismo sentido, tanto en la exploración como en el tratamiento, es usual utilizar alimentos que son ingeridos en la consulta. Cabe recordar que estas pruebas y procedimientos siempre deben realizarse en consultas o centros sanitarios que puedan responder ante cualquier eventualidad que suponga un riesgo para el paciente.

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

En las entrevistas con la persona y su entorno, es importante valorar cómo la disfagia afecta a su vida cotidiana. Hay que conocer con detalle

y atención el impacto que este trastorno tiene en la calidad de vida de los usuarios. Para ello, existen instrumentos específicos de evaluación de la calidad de vida como, por ejemplo:

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

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, como pueden ser normas, costumbres e ideologías sociales y culturales (e465) y el uso de productos y tecnología para el consumo personal (e110).

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

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, es tributario de la intervención cualquier usuario con signos de alteración de la eficacia y la seguridad de la deglución. Todos los pacientes con un riesgo en la seguridad deglutoria (como los pacientes intervenidos de jefe y cuello, neurológicos y de la tercera edad) se deben mantener en dieta absoluta hasta que se realice una evaluación de la deglución mediante una herramienta fiable y válida.

Todas aquellas personas que presenten disfagia susceptible de mejora tanto de su sintomatología como del impacto del trastorno en su vida cotidiana deben ser tributarias de la intervención logopédica mediante un tratamiento de rehabilitación. Igual que los pacientes con trastornos de la deglución que presenten disfagia funcional o estructural susceptible de mejora con intervención de la rehabilitación, sin límite de edad. Así pues, son tributarias del tratamiento rehabilitador las personas con trastornos de la deglución en las que se pueda definir de una manera clara los objetivos terapéuticos y funcionales individualizados por complejidad de la patología e intensidad de rehabilitación y el pronóstico evolutivo según el equipo médico de referencia.

Deben considerarse tratamientos prioritarios los de aquellas personas que se estén alimentando mediante nutrición artificial, como son la sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) y tengan pronóstico de mejora, y aquellas personas que se alimentan por vía oral con riesgo para la seguridad deglutoria.

Criterios para regular el tratamiento

Es importante regular la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Disfagia estabilizada (techo terapéutico) sin que se haya logrado el regreso a la función previa a la patología.
- Falta de responsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la deglución.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

Actuando en el marco de las decisiones compartidas, cuando la persona atendida o la familia no están de acuerdo con el proceso o las opciones terapéuticas propuestas, los logopedas pueden optar por seguir acompañando en la decisión tomada o pueden derivar a otro profesional. Encontrará más información en el Código deontológico del CLC.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos de intervención se dividen en:

- **Habilidades:** mejorar, compensar o equilibrar las funciones y estructuras del sistema de deglución.
- **Actividad:** minimizar los síntomas de la disfagia, incluyendo las estrategias compensatorias aprendidas.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia. 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.

Intervenciones preventivas

Cualquiera de los profesionales de la salud que intervienen en la atención de personas con riesgo de poder presentar disfagia orofaríngea y que formen parte del equipo interdisciplinario deben poder llevar a cabo el cribado para la detección precoz de los posibles signos de alteración de

la deglución. El cribado identifica a los pacientes con riesgo de disfagia y permite derivar a los pacientes para recibir una evaluación completa. El cribado debe hacerse tan pronto como la persona con sospecha de disfagia esté despierta y en estado de alerta.

El test de cribado recomendado por el CLC es el EAT-10, ya que permite la detección precoz de personas con signos de disfagia oro-faríngea. Ante un cribado positivo, será necesaria la intervención del médico y la derivación del logopeda.

En cuanto a la disfagia, los logopedas deberían participar en ámbitos de salud pública con el objetivo de prevenir o retrasar la aparición de los síntomas, contribuyendo a proteger y promover la salud a lo largo de la vida. Una de las acciones preventivas que hay que promover es la detección temprana.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de la disfagia. De acuerdo con la CIF, los métodos no invasivos del tratamiento de la disfagia se pueden dividir en: a) adaptativos o cuidados básicos; b) compensatorios, estrategias de adaptación, y c) técnicas de reconstitución que requieren intervención especializada.

- a) **Cuidados básicos.** Por ejemplo, vigilar la postura durante las comidas, el ritmo de las comidas y la higiene oral.
- Asegurarse siempre, antes de dar la comida, de que la persona con DO está alerta, despierta y consciente.
 - Evitar distracciones y vigilar que en la mesa solo estén los utensilios necesarios.
 - Comprobar que los sólidos tengan la consistencia y textura recomendada y los líquidos la viscosidad más segura.
 - Hay que vigilar el ritmo con el que se pone el alimento en la boca, tanto si el paciente es autónomo como si necesita ayuda, para impedir que se provoquen aspiraciones y la ingesta compulsiva.
 - Controlar la postura: espalda recta, cabeza y cuello en la misma línea, pies en el suelo. Se debe corregir siempre que sea necesario. En caso de estar encamado o con silla adaptada, es necesario incorporar el tronco adoptando una posición superior a los 45 grados, con la cabeza levantada e inclinación hacia delante para evitar la hiperextensión del cuello.
 - La ubicación y postura del cuidador cuando debe alimentar una persona con DO debe estar a la misma altura o por debajo de quien está alimentando, siempre de cara, para evitar que la persona tenga que rotar la cabeza o hacer una hiperextensión del cuello.
 - Hay que vigilar la higiene oral y la prótesis dental antes y, sobre todo, al terminar de comer, para evitar la colonización bacteriana.

b Técnicas compensatorias y/o adaptación de la dieta. Se trata de estrategias dietéticas para facilitar la alimentación segura del paciente. Podemos destacar las siguientes:

- Adaptación de la consistencia y la textura de los alimentos.
- Adaptación de la viscosidad de los líquidos.
- Maniobras posturales como la flexión anterior o posterior, rotación, inclinación, etc.

Es muy importante que, ante un signo de alteración de la seguridad, se mantenga la dieta más segura. Es recomendable consensuar todas las modificaciones de la dieta con el equipo, especialmente con la nutricionista, con la persona afectada y con la familia.

El CLC recomienda que se tenga en cuenta para la adaptación de las texturas de los alimentos y líquidos la clasificación del marco de la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI).

c Técnicas de reconstitución de la función

- Técnicas de incremento sensorial con aumento del volumen del bolo y/o cambio de textura, uso de saborizantes, estimulación termo-táctil, vibratoria, por pulsos de aire, etc.
- Ejercicios de movilidad, fuerza, tono y coordinación muscular como la estimulación labial, lingual (IOP), de las mejillas y del velo del paladar, maniobra de Masako o ejercicio de Shaker.
- Técnicas deglutorias (con/sin alimento): técnicas de protección de la vía aérea (maniobra supraglótica y maniobra supersupraglótica) y técnicas de facilitación del paso del bolo (maniobra de deglución forzada, maniobra de Mendelson).
- Otras técnicas:
 - Estrategias de neuroestimulación eléctrica periférica: estimulación neuromuscular (NMES), estimulación eléctrica transcutánea neuromuscular (NMES) que permite trabajar sobre grupos neuromusculares implicados en la deglución y la estimulación eléctrica intrafaríngea (EEI). Se pueden utilizar en la fase aguda y en la fase estable. Se pueden utilizar en ámbito hospitalario y ambulatorio.
 - Electromiografía de superficie y *biofeedback*.
 - Entrenamiento muscular respiratorio (RMT): sirve como prevención, en fase aguda y en fase estable. Se pueden utilizar en ámbito hospitalario y ambulatorio. Puede ser telemático, semipresencial o presencial.
 - Vendaje neuromuscular.

El CLC recomienda que, en función de la terapia, la intervención sea individual, grupal o mixta; presencial o telemática. Es importante seleccionar técnicas rehabilitadoras específicas para cada persona, patología, etiología y signos de alteración en la deglución.

Algunos de los tratamientos o intervenciones en el momento de publicación de este documento todavía no tienen evidencia a favor ni

en contra para su aplicación en algunos tipos de disfagia funcional y estructural. Faltan estudios bien diseñados y algunas de las técnicas son difícilmente cuantificables.

Los logopedas deben ser capaces de realizar una búsqueda de práctica clínica basada en la evidencia para poder encontrar las herramientas adecuadas, potentes y favorecedoras que puedan ayudar a la rehabilitación de las afectaciones de cada paciente. El CLC aconseja a estudiantes, investigadores y profesionales clínicos que lleven a cabo estudios sobre la intervención logopédica en la disfagia.

Intervenciones de mantenimiento de la función

El proceso de recuperación del paciente con disfagia puede ser largo. A veces, la persona no podrá recuperar la totalidad de las competencias perdidas o recuperarlas al nivel que tenía. Por este motivo, puede ser conveniente favorecer la realización de actividades y maniobras para mantener la funcionalidad y seguridad de la deglución alcanzadas en el tratamiento. La alimentación debe realizarse en un espacio inclusivo, normalizado y seguro para todos. Su gestión puede estar en manos del propio paciente o de sus familiares o cuidadores con la orientación del profesional de la logopedia.

Intervenciones en el entorno

Entendemos como intervención en el entorno todas aquellas pautas que se puedan dar a las personas que forman parte de la vida del paciente; pueden ser programas educativos o soportes a la familia o cuidadores. Hay que tener en cuenta el resultado de la evaluación del contexto, la participación y la calidad de vida, a la hora de programar las intervenciones.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno de las personas con disfagia.

Intervenciones no recomendadas

Si el logopeda no conoce o no encuentra evidencia científica de los beneficios de un tipo de tratamiento o técnica para un tipo de disfagia determinado, no debe llevar a cabo dicha técnica. Así mismo, si el logopeda no está preparado para realizar algún tipo de tratamiento, aunque sea favorable para el usuario, debe formarse en caso de que sea una técnica de la que pueda hacer uso, o derivarlo al profesional adecuado para realizar la intervención en caso de que sea una técnica que no pueda aplicar como logopeda.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a disponer de todos los objetos necesarios para llevar a cabo la evaluación y el tratamiento rehabilitador. Habitualmente, es necesario disponer de guantes, depresores, espejos, vibradores, vasos de diferentes formatos y cubiertos de mesa adaptados y normalizados. Para la estimulación térmica, será necesario disponer de microondas y refrigeradores para

calentar o enfriar la comida. Si se cuenta con la formación adecuada, se pueden utilizar instrumentos de estimulación eléctrica neuromuscular. Es recomendable tener acceso a un aspirador, por si se necesita. Como materiales fungibles, hay que tener productos como los espesantes. Cabe recordar que el profesional no puede dar comida al paciente que no la haya traído el propio paciente o haya sido servida por servicios acreditados de alimentación de centros sanitarios.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza de nuevo una evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad. O bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- Los objetivos terapéuticos han compensado los requisitos nutricionales y hay bajo riesgo de complicaciones tales como desnutrición o sobreinfección respiratoria por broncoaspiración.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta, la persona atendida debe recibir un informe con las recomendaciones a seguir.

Si todavía necesita una adaptación de texturas y viscosidades de los alimentos sólidos y líquidos es necesario reforzar los conocimientos del paciente y/o familiares para identificar las texturas adecuadas según el marco IDDSI y las técnicas que deben seguir tanto en el momento de elaborar las comidas como en cada deglución.

Si, además de necesitar mantener las adaptaciones de texturas, se requiere continuar realizando técnicas compensatorias, hay que asegurar que seguirán aplicándose en el domicilio.

Si en el momento del alta, la función deglutoria no está del todo recuperada, es recomendable realizar un seguimiento a los dos o tres meses para asegurar la estabilidad de la persona con disfagia.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b2 Funciones sensoriales y dolor	b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos b279 Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas
b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	b510 Funciones relacionadas con la ingesta b5100 Succión b5101 Morder b5102 Masticación b5103 Manipulación de la comida en la boca b5104 Salivación b5105 Tragar b51051 Deglución faríngea b5153 Tolerancia a la comida
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d5 Autocuidado	d550 Comer: llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas. d560 Beber: sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, remover y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.
FACTORES AMBIENTALES	
e1 Productos y tecnología	e110 Productos o sustancias para el consumo personal
e4 Actitudes	e465 Normas, costumbres e ideologías sociales: mayor o menor dificultad para participar en actos relacionados con las comidas

Bibliografía

- 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.
- Olśzewski 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 N, 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>

