
Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut

Document de consens

Octubre de 2018



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

Coordinació:

Comissió Mixta entre el Col·legi de Logopedes de Catalunya i el Departament de Salut, integrada per:

Josep Davins Miralles, sub-director general d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques
Josep Anton Teixidó, en representació del Servei Català de la Salut
Alicia Àvila López, sub-directora general d'Ordenació i Desenvolupament Professional
Ainhoa Molins Mesalles, en representació de la Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament professional
Mireia Sala i Torrent, degana del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Núria Duaso i Caldés, sotsdegana del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Ana Bistuer Lacarra, vocal de salut del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Neus Calaf Gozalo, secretària tècnica del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Carme Latorre Garcia, secretària de la Comissió Mixta

Redacció:

Col·legi de Logopedes de Catalunya

Núria Duaso i Caldés, sotsdegana del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Ana Bistuer Lacarra, vocal de salut del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Neus Calaf Gozalo, secretària tècnica del Col·legi de Logopedes de Catalunya
Minia Porteiro Fresco, col·laboradora en projectes al Col·legi de Logopedes de Catalunya

Edició:

Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària i Col·legi de Logopedes de Catalunya

Revisió:

Carmen Aleix Ferrer, Associació Catalana de Persones amb Accident Vascular Cerebral (AVECE-ICTUS)
Nancy Babio Sánchez, Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat)
Jordi Ballesté i Torralba, Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida
Íngrid Bullich Marín, Pla director sociosanitari i Direcció General de Planificació en Salut
Pere Clavé i Civit, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, European Society for Swallowing Disorders (ESSD) i Associació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES)
Alicia Costa Izurdiaga, Societat Catalana d'Alimentació i Dietètica Clínica
Dolors Cubí Montanyà, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
Berna Moreira Porta, Prevenció i Informació Càncer Molins (PICAM)
Mònica Ribas Gironès, Sub-direcció General d'Atenció i de Promoció de l'Autonomia Personal
Paquita Abulí Picart i Jordi Pujiula Masó, Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Girona
Ester López Luna, Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Esther Sellés Llauger, Fundació Miquel Valls
Josefa Soto Mora, AECC-Catalunya contra el càncer

Document compartit amb:

Col·legis professionals

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Girona
Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Col·legi Oficial de Metges de Girona

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

- Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives
- European Society for Swallowing Disorders - ESSD
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
- Societat Catalano-Balear d'Infermeria
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària - CAMFIC
- Societat Catalana de Neurologia
- Societat Catalana d'Otorrinolaringologia i Patologia Cervico-Facial
- Societat Catalana de Pediatria
- Societat Catalana de Qualitat Assistencial
- Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

- Sub-direcció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal

Departament de Salut

- Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitàries
- Direcció General de Planificació en Salut
- Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional
- Sub-direcció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques
- Servei Català de la Salut
- Atenció primària de l'Institut Català de la Salut
- Pla director sociosanitari
- Pla director de la malaltia vascular cerebral
- Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
- Atenció hospitalària de l'Institut Català de la Salut
- Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació
- Consell Consultiu de Pacients de Catalunya

Departament d'Ensenyament

- Sub-direcció General d'Ordenació i Atenció a la Diversitat
- Servei d'Atenció a la Diversitat i la Inclusió

Patronals

- SUMAR Acció Social
- Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)
- Unió Catalana d'Hospitals (UCH)
- Associació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES)
- Consorti de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Associacions de pacients

- Associació de Persones amb Diversitat Funcional (AGIM)
- Alzheimer Catalunya Fundació
- Associació de Miastènia de Catalunya (AMICAT)
- Associació de Malalts i Familiars d'Ictus de Lleida (AMILL)
- Anne Fundació
- Associació Catalana d'Espina Bífida i Hidrocefàlia (ACAEBH)
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Lleida (AFALL)
- Asociación Española de Pacientes y Familiares con EPOC
- Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències de Lleida
- Associació Barcelonessa de Laringectomitzats (ABL)
- Associació Catalana "La llar" de l'Afectat d'Esclerosi Múltiple
- Associació Catalana d'Atàxies Hereditàries (ACAH)
- Associació Catalana de la malaltia de Huntington
- Associació Catalana de la Síndrome de Rett
- Associació Catalana de Malalties Neuromusculars - ASEM Catalunya

Associació Catalana de Neurofibromatosi (ACNefi)
Associació Catalana de Persones amb Accident Vascular Cerebral (AVECE-ICTUS)
Associació Catalana de Traumàtics Cranioencefàlics i Dany Cerebral (TRACE)
Associació Catalana per al Parkinson
Associació Catalana Síndrome Prader-Willi
Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Tarragona (AFAT)
Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències del Bages, Berguedà i Solsonès (AFABBS)
Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona (AFAB)
Associació de Familiars i Amics dels Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC LLEIDA)
Associació de Familiars i Malalts d'Alzheimer d'Osona (AFMADO)
Associació de Famílies amb Disminuïts Psíquics de les Comarques Tarragonines (Astafanias)
Associació de la Paràlisi Cerebral (ASPACE)
Associació de Malalts Necessitats de Fisioteràpia i Rehabilitació (ADFIR)
Associació de Paraplègics i Discapacitats Físics de Lleida - ASPID
Associació de Pares de Persones amb Retard Mental (ASPAIAS)
Associació de Protecció de Minusvàlids Psíquics de Lleida (ASPROS)
Associació Down Lleida
Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) - Junta Provincial de Barcelona
Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) - Junta Provincial de Girona
Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) - Junta Provincial de Lleida
Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) - Junta Provincial de Tarragona
Associació Familiars Alzheimer Montsià
Associació Familiars Alzheimer Terres de l'Ebre
Associació Familiars Demència Senil i Alzheimer (FADESIA)
Associació Fènix i suport contra el càncer
Associació Grup d'Esclerosi Múltiple del Bages (AGRUPem)
Associació Parkinson Comarques de Tarragona (APCT)
Associació Parkinson de les Terres de Lleida
Associació per a la Rehabilitació del Malalt Psíquic de l'Anoia (ARMPA)
Associació per a la Rehabilitació Malalt Psíquic (AREP)
Associació Pro Persones amb Paràlisi Cerebral (ESCLAT)
Associació Provincial de Laringectomitzats - Lleida (APL)
Associació Provincial de Laringectomitzats i Mutilats de la veu de Tarragona
Associació Provincial de Paràlisi Cerebral (APPC)
Associació Sant Pau de Trastorns de la Comunicació
Associació Vallès Amics de la Neurologia (AVAN)
Down Tarragona
Associació d'Afectats d'Esclerosi Múltiple i Discapacitats Físics de la Catalunya Central (Empara)
Esclerosi Múltiple - Associació de Lleida
Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Persones amb Problemes de Salut Mental (FECAFAMM). Salut Mental Catalunya(SMC)
Federació Catalana de Malalties Poc Freqüents (FCMPF) FECAMM
Federació Catalana d'Entitats contra el Càncer (FECEC)
Federació Catalana d'Entitats de Paràlisi Cerebral -FEPCCAT-
Federació d'Entitats per la Salut de Lleida (FeSalut)
Federació Mestral-Cocemfe Tarragona
Federación Española de Enfermedades Neuromusculares
Fundació Catalana per a la Paràlisi Cerebral
Fundació Catalana Síndrome de Down
Fundació Esclerosi Múltiple (FEM)
Fundació GAEM (Grup d'Afectats d'Esclerosi Múltiple)
Fundació Ictus/Malaltia Vascular
Fundació Miquel Valls (Lluitem contra l'Esclerosi Lateral Amiotròfica)
Fundació Oncolliga Girona. Lliga Catalana d'Ajuda al Malalt de Càncer
Fundació Privada d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia
Fundació privada El Maresme pro persones amb disminució psíquica

Fundació Privada Professor Jordi Estapé
Fundació Roses Contra el Càncer
Fundació Síndrome de Down de Girona i Comarques ASTRID-21
Lliga contra el Càncer de les comarques de Lleida
Lliga contra el Càncer. Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre
Oncolliga. Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica
Osona contra el Càncer (OCC)
Prevençió i Informació Càncer Molins (PICAM)
Vilassar contra el Càncer
Associació Aire
Federació Francesc Layret, COCEMFE Barcelona

Alguns drets reservats

© 2008, Nestec SA

© 2008, Clavé, P.

© 2015, Clavé, P.

© 2018, Col·legi de Logopedes de Catalunya.

© 2018, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Direcció general d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària i Col·legi de Logopedes de Catalunya

1a edició:

Barcelona, octubre de 2018

Revisió corporativa:

Oficina de Comunicació

Registre editorial:

68124

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística. Departament de Salut

Web:

canalsalut.gencat.cat (apartat Salut A-Z)

clc.cat (apartat Publicacions)

Sumari

Presentació	7
1. Introducció	8
1.1 La disfàgia orofaríngia segons la CIF	10
1.2 Epidemiologia i causes	11
1.3 L'impacte econòmic de la disfàgia orofaríngia per als sistemes de salut	11
1.4 Abordatge clínic de la disfàgia orofaríngia	12
2. Proposta d'atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut	17
2.1 Els equips multidisciplinaris d'atenció a la disfàgia orofaríngia	17
2.2 Circuit assistencial	18
2.3 Detecció de símptomes de disfàgia orofaríngia	20
2.4 Avaluació clínica de disfàgia orofaríngia	21
2.5 Intervenció de la disfàgia orofaríngia	23
3. Conclusions	24
4. Referències bibliogràfiques	25
5. Annexos	27
Annex 1. <i>Eating Assessment Tool</i> , versió en espanyol (EAT-10 ES)	27
Annex 2. Algoritme del mètode d'exploració clínica volum-viscositat (MECV-V)	28

Presentació

La disfàgia orofaríngia és una alteració de la deglució que afecta la qualitat de vida de les persones que la pateixen i que provoca tensions psicològiques i socials tant en els pacients com en els seus familiars. A més, en els casos més greus la disfàgia orofaríngia es pot complicar amb desnutrició i pneumònia per aspiració arribant a provocar la mort del pacient.

La detecció i la intervenció multidisciplinària de la disfàgia redueix la morbiditat i la mortalitat i millora la qualitat de vida de les persones que la pateixen. Tanmateix, a Catalunya la detecció i l'atenció a la disfàgia és diversa en els diferents àmbits d'atenció sanitària. Amb la finalitat de disposar de recomanacions homogènies per fer-ne l'abordatge la Comissió Mixta entre el Departament de Salut i el Col·legi de Logopedes de Catalunya ha considerat oportú elaborar el document de consens que ara presentem els objectius del qual són sensibilitzar per a la prevenció i detecció precoç de la disfàgia, augmentar-ne els diagnòstics i facilitar-ne la intervenció.

La proposta ha estat dirigida i coordinada per aquesta Comissió Mixta. Des de la seva creació, el 5 de maig de l'any 2000, la Comissió ha desenvolupat diferents projectes per al control i el seguiment de la realitat sanitària del país des de l'òptica dels professionals logopedes i, per tant, de les iniciatives normatives que puguin afectar els logopedes en el marc del sistema sanitari a Catalunya. Destaquem, per exemple, la tasca realitzada amb el projecte Mapa de la Logopèdia a Catalunya, la revisió de la Cartera de serveis de logopèdia del CatSalut i la col·laboració en el Registre de professionals sanitaris de Catalunya.

En aquesta ocasió, la Comissió ha dirigit l'elaboració d'un document que és fruit del consens de diferents col·legis professionals, societats científiques, patronals de serveis, associacions de pacients i professionals del Departament de Salut que, prenent com a base les millors recomanacions científiques d'organismes nacionals i internacionals, han consensuat un document amb un marcat caràcter multidisciplinari. En aquest sentit, volem agrair molt sincerament la col·laboració de totes les persones i els organismes que hi han participat.

Confiam que aquest document serveixi de guia als professionals per a l'homogeneïtzació de l'atenció a la disfàgia en tots els àmbits del sistema sanitari a Catalunya i que compleixi amb l'objectiu últim de millorar la qualitat de vida de totes les persones afectades per aquesta alteració de la deglució.

Neus Rams i Pla
Directora general d'Ordenació
Professional i Regulació Sanitària
Departament de Salut
Generalitat de Catalunya

Mireia Sala i Torrent
Degana
Col·legi de Logopedes de Catalunya

1 Introducció

La disfàgia orofaríngia (DO) és una alteració de la deglució altament prevalent que pot donar lloc a complicacions greus com la desnutrició i la pneumònia per aspiració. Està classificada amb el codi R13, dins de la categoria Síntomes i signes que impliquen el sistema digestiu i l'abdomen de la Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut (CIM-10), i inclou les dificultats en la deglució.¹

La disfàgia es pot localitzar a nivell orofaríngi o esofàgic. La DO comprèn les alteracions de la deglució d'origen oral, faríngi, laringi i de l'esfínter esofàgic superior i abasta gairebé el 80% dels diagnòstics de disfàgia. La disfàgia esofàgica fa referència a alteracions en l'esòfag superior, el cos esofàgic, l'esfínter inferior i el càrdies, i suposa el 20% dels diagnòstics.^{2,3}

La DO afecta persones de totes les edats (entre l'1,7% i l'11,3% de la població general^{3,4} fins al 26% de les persones de més de 75 anys.⁵ Les causes de la disfàgia poden ser molt variades atès que es pot manifestar tant en el període agut d'un procés com en el subagut o crònic. Es pot produir de forma aïllada, com a conseqüència de diferents quadres clínics o de comorbiditat d'un grup sindròmic, tot i que és més freqüent en pacients amb malaltia neurològica (Parkinson o Alzheimer, entre d'altres) o en persones grans.^{2,3,6,7}

La DO és un símptoma greu que s'ha de poder identificar ja que les seves complicacions (la desnutrició i la pneumònia per aspiració) poden provocar la mort del pacient. A part de totes les implicacions fisiològiques, diagnòstiques i terapèutiques, cal tenir en compte també les que tenen a veure amb aspectes emocionals, socials i psicològics en termes de qualitat de vida de la persona que pateix el símptoma.⁸ El deteriorament de la qualitat de vida en una persona amb DO s'explica perquè pot arribar a refusar menjar en públic i també perquè li produeix una manca de gaudi amb els aliments. Això condiona de forma significativa la seva vida social i la de tota la seva família. Quan una persona no pot deglutir amb seguretat i/o eficàcia, tota la seva vida es veu alterada. Fins i tot disfàgies considerades lleus poden provocar tensions psicològiques i socials. Els episodis d'ennuegament i la por a menjar es poden traduir a llarg termini en aïllament social.⁹

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.⁹ Entre el 65% i el 80% dels pacients tractats aconseguen una alimentació oral més segura i eficaç.¹⁰ A més, gràcies a la intervenció multidisciplinària es redueixen els costos econòmics derivats de les hospitalitzacions dels malalts per pneumònies per aspiració.^{11,12}

Ateses les condicions sociodemogràfiques actuals, amb un índex de dependència de la gent gran del 28,1% i de dependència global del 52,4%, en augment durant els darrers anys¹³ i atesa la preocupació de l'Administració competent per oferir una millor atenció en qualitat de vida al llarg de tot el cicle vital, el sistema de salut posa a l'abast dels usuaris alternatives mèdiques a

l'hospitalització convencional per assegurar una millor utilització dels recursos disponibles i, alhora, mantenir la qualitat assistencial.¹⁴

Finalment, el Reial decret 1971/1999, de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de discapacitat, recull com valorar la DO mitjançant el capítol 7. *Aparell digestiu* i el capítol 13. *Oïda, gola i estructures relacionades*, de l'annex 1. Contribuir al diagnòstic de la DO ajudaria a les valoracions dels diferents graus de discapacitat.

1.1 La disfàgia orofaríngia segons la CIF

El sistema de classificació sanitària establert per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la **Classificació internacional de funcionament, discapacitat i salut (CIF)**, ofereix als proveïdors assistencials de salut un marc conceptual internacionalment reconegut i un llenguatge comú per debatre i descriure el funcionament i la discapacitat humana. Aquest marc es pot utilitzar per detallar el paper dels diferents professionals sanitaris (taula 1) en la millora de la qualitat de vida de les persones amb disfàgia.^{9,15,16}

Taula 1. Taula de les dimensions i els objectius d'avaluació de la disfàgia orofaríngia per part d'un equip multidisciplinari

Dimensió CIF	Definició	Exemples
Discapacitat	Problemes en les estructures del cos i/o funcions	Deficiències específiques que poden afectar la deglució: força de la llengua reduïda, retard en el reflex de deglució, disminució del moviment laringi, tancament glòtic incomplet (permetent penetració o aspiració), contracció faríngia feble o obertura incompleta de l'esfínter esofàgic superior (residus faríngis)
Activitats / participació	Aspectes de funcionament des d'una perspectiva individual o social	Dificultat per mantenir una nutrició i hidratació adequades, complicacions respiratòries secundàries a l'aspiració, disminució de la capacitat de gaudir dels aliments preferits, necessitat freqüent d'expel·lir secrecions
Context. Factors ambientals	Factors que afecten la discapacitat des de l'entorn immediat de la persona fins a l'entorn general	Incapacitat per participar en un menjar social, dificultat per obtenir els aliments necessaris específics en alguns entorns, aïllament social a causa de la necessitat d'escopir o de dependre de l'alimentació enteral
Context. Factors personals	Factors individuals que influeixen en el rendiment a l'entorn	Raça, sexe, edat, estil de vida, hàbits, educació, antecedents socials, estudis, experiències passades, personalitat, comportament, preferències alimentàries

L'equip multidisciplinari ha de tenir en compte les diferents dimensions, les condicions de salut, o sigui, els components del funcionament i la discapacitat amb les funcions del cos i les estructures, com també les activitats i la participació, i els factors contextuals conjuntament amb els ambientals i personals. Els serveis oferts pels diferents professionals sanitaris a persones amb disfàgia abracen tots els components i factors identificats en el marc de l'OMS. És a dir, els logopedes treballen conjuntament amb els altres professionals per millorar la qualitat de vida d'aquestes persones mitjançant la reducció de trastorns en les funcions i estructures orofacials; i la disminució de la limitació de l'activitat i participació, i/o la modificació de les barreres mediambientals.^{9,15-18}

1.2 Epidemiologia i causes

Les poblacions de més risc de DO són la gent gran (afecta el 30-40% de les persones de 65 o més anys), els pacients amb malalties neurològiques o neurodegeneratives i els pacients amb malalties de cap i coll.⁶ Les dades provinents dels estudis de prevalença varien molt en funció de la metodologia utilitzada per fer-hi front.

La prevalença de la DO és molt elevada en diferents fenotips de pacients. Segons alguns estudis, afecta el 38-78% dels pacients que han patit un ictus, el 18-82% dels pacients amb malaltia de Parkinson, el 80% dels pacients amb malaltia d'Alzheimer, a més del 55% dels pacients institucionalitzats, el 47,4% dels pacients ingressats en una unitat geriàtrica d'aguts (UGA) d'un hospital general i el 27,2% de les persones grans.^{6,7}

Una revisió sistemàtica recent identifica una alta prevalença de la DO en diferents poblacions de pacients: del 8,1-80% dels pacients que han patit un ictus, l'11-60% dels malalts de Parkinson, el 91% de persones grans que pateixen pneumònies i, aproximadament, el 30% dels pacients amb dany cerebral.¹⁹

1.3 L'impacte econòmic de la disfàgia orofaríngia per als sistemes de salut

Un altre aspecte que també s'ha de valorar és el que suposa la DO per al sistema de salut. Un estudi recent realitzat en el nostre entorn mostra que les estades hospitalàries després d'un ictus són més perllongades en els pacients amb disfàgia que en els pacients sense disfàgia (8.2 ± 5.0 dies en el cas dels pacients amb disfàgia i 6.1 ± 2.9 dies en els pacients sense disfàgia). Durant aquestes estades, els pacients amb DO presenten més complicacions (tant neurològiques com sistèmiques, amb infeccions respiratòries i urinàries), taxes més altes d'institucionalització després de l'alta i taxes de mortalitat més altes que els pacients sense disfàgia. Al cap d'un any es detecten més infeccions respiratòries en els pacients post-ictus amb disfàgia (25,6%) que en els pacients sense disfàgia (13,1%). També la taxa de mortalitat és superior en els pacients amb disfàgia (31,1%) que en els pacients sense disfàgia (3,2%).²⁰

En una resolució sobre la disfàgia del Congrés dels Estats Units d'Amèrica (EUA) de 2008³ es recull que les complicacions de la disfàgia augmenten les despeses sanitàries com a resultat d'ingressos repetits, visites a urgències, estades hospitalàries perllongades, necessitat d'atenció institucionalitzada i suport respiratori i nutricional onerosos. Es calcula que aquestes despeses superen els mil milions de dòlars anuals.

En una guia publicada a Austràlia el 2012¹¹ també es fa referència a les despeses associades a la disfàgia amb les xifres següents:

- Hi ha tres vegades més risc de mort per pneumònia durant els 30 dies posteriors al diagnòstic d'aspiració.

- L'impacte econòmic anual de la disfàgia es va registrar en 547 milions de dòlars australians en l'entorn hospitalari agut.
- El cost mitjà és de 17.000 dòlars australians per episodi de tractament per pneumònia d'aspiració amb costos creixents associats a un major nombre de comorbiditats.
- Disminució en el cost anual del tractament de pneumònia a l'hospital (48,2 milions de dòlars australians reduïts a 26,1 milions) i a la comunitat (3 milions de dòlars australians reduïts a 1,6 milions) quan els logopedes van participar en l'atenció al pacient.

1.4 Abordatge clínic de la disfàgia orofaríngia

L'European Society for Swallowing Disorders (ESSD) va elaborar el document *ESSD Position Statements. Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients* a partir d'un esborrany sorgit del Segon Congrés de l'ESSD celebrat a Barcelona el 25 d'octubre de 2012 i avalat per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i les Balears, CIBERehd - Institut de Carles III, AIAQS i ESPEN. L'objectiu d'aquest document és unificar criteris i identificar les millors pràctiques clíniques entre els diferents centres assistencials i professionals que treballen amb pacients amb DO.

Des d'aquest document recomanen la normalització de mètodes clínics per a la detecció i avaluació de la DO. En el quadre següent recollim literalment aquestes recomanacions:²¹

El cribratge clínic [o detecció] es defineix com una avaluació que reconeix els signes clínics de disfàgia orofaríngia i identifica els pacients amb risc. El cribratge el pot fer el personal mèdic i/o d'infermeria amb formació bàsica en l'eina de cribratge. El cribratge ha de ser no invasiu i senzill, i s'ha de demostrar que és fiable, vàlid i factible en l'entorn clínic.

L'avaluació clínica es defineix com una valoració integral feta per professionals de la salut amb formació específica sobre l'eficàcia i la seguretat de la deglució amb la finalitat de determinar la presència i gravetat d'aquesta alteració. Proporciona la informació necessària per dissenyar un pla d'intervenció. Es recomana fer una prova d'aigua, amb la possible incorporació de pulsioximetria i diferents viscositats, o d'altres mètodes validats.

Tots els pacients amb un risc (com els pacients neurològics i de la tercera edat) s'han de mantenir en dieta absoluta fins que la seva deglució s'examini mitjançant una eina de cribratge fiable i vàlida. El cribratge identifica els pacients amb risc de disfàgia i prioritza els pacients per a una avaluació completa. El cribratge s'ha de fer tan aviat com el pacient estigui despert i en estat d'alerta.

S'ha de realitzar una avaluació específica per a malalties específiques.

Després del Segon Congrés de l'ESSD es va generar un altre document en què s'especificaven procediments de cribratge, diagnòstic i tractament de la DO en pacients amb ictus.²² A partir

d'aquest document, un comitè conjunt format per membres de l'ESSD i l'European Stroke Organization han desenvolupat una guia de pràctica clínica per al maneig de la DO post-ictus.

Si parem atenció en les guies específiques de disfàgia²³ trobem que en la major part d'aquesta producció la DO es relaciona amb la intervenció de l'ictus agut i que hi ha una manca d'evidència en relació amb la detecció de disfàgia en altres àmbits fora de l'ictus. Pel que fa a l'ictus, les guies internacionals recomanen:

- Tots els pacients amb accident vascular cerebral haurien de ser examinats per disfàgia abans de prendre res per la boca (sòlids, líquids o medicaments).
- El període per fer la detecció varia entre les tres i les 24 hores després de l'ingrés a l'hospital.

I des d'aquesta Guia també s'insisteix en la necessitat de diferenciar la **detecció** de l'**avaluació** de la deglució.²³ Així doncs, cal diferenciar entre:

- **Detecció.** Només serveix per identificar la presència de disfàgia i la necessitat de derivació a l'especialista en deglució. Identifica les persones que tenen risc de patir disfàgia. No és una avaluació de la naturalesa o gravetat de la disfàgia ni dona pistes sobre un possible tractament de la disfàgia.
- **Avaluació.** Identifica el lloc, la gravetat i el pronòstic de la disfàgia. La realitza un professional especialista en deglució que orienta sobre el tractament i maneig adequats de la DO.

Segons aquesta distinció la **detecció** es fa per determinar la presència de disfàgia mitjançant protocols de detecció^{9,15,16,23,24} i la poden realitzar professionals d'infermeria i medicina i altres professionals de la salut prèviament formats per dur a terme les actuacions següents:

- Reconèixer el risc de disfàgia a través de la revisió de la història clínica.
- Identificar signes evidents de dificultat per deglutir (tos, ennuegament, incapacitat per empassar) durant la rutina o l'administració oral planificada de medicaments, aigua o sòlids.
- Confirmar la presència d'observacions clíniques específiques indicadores de risc de disfàgia durant l'exploració física d'un pacient.

Quant a l'**avaluació**, cal distingir dos tipus de proves: les clíniques no instrumentalitzades i les instrumentalitzades.^{9,15,16,23,24}

L'avaluació es farà quan es detectin factors de risc de disfàgia i la història clínica i la disposició del pacient siguin adequades. Serveix per valorar tant l'estructura com la funció del mecanisme de deglució, la funció sensorial i motora de la cavitat oral, el comportament laringi i respiratori durant la deglució, l'efecte dels tractaments i la pròpia experiència del pacient.

Les avaluacions realitzades solen utilitzar una sèrie de textures fluides i sòlides per definir la disfunció fisiològica, identificar la necessitat d'exploracions posteriors, avaluar l'efectivitat dels tractaments indicats i permetre el desenvolupament d'un pla d'intervenció.

ABORDATGE CLÍNIC DE LA DISFÀGIA OROFARÍNGIA A CATALUNYA

En les guies *Guia de pràctica clínica. Ictus*,²⁵ *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*²⁶ i *Guia pràctica sobre l'abordatge de la desnutrició en la gent gran i en pacients amb cronicitat*,²⁷ totes elles treballades per grups d'experts i propiciades i editades per la Generalitat de Catalunya, es fa referència a la DO.

A la *Guia de pràctica clínica. Ictus*,²⁵ amb referència a l'avaluació de la disfàgia i de l'estat nutricional dels pacients que hagin patit un ictus, es fan les recomanacions següents:²⁵

Es considera que un 45% dels pacients ingressats a l'hospital per accident cerebrovascular agut presenten disfàgia i trastorns de la deglució. Entre un 22% i un 42% són aspiradors silencis detectats només amb la videofluoroscòpia. L'aspiració de líquids i d'aliments a les vies respiratòries s'associa a un risc augmentat de presentar pneumònia després de l'ictus.

A. *Davant la sospita de disfàgia orofaríngia i/o risc d'aspiració pulmonar, el pacient ha de ser avaluat per un especialista preparat que determinarà les condicions per a una deglució segura, així com la consistència de la dieta de sòlids i líquids (Royal College of Physicians, RCP).*

B. *L'avaluació s'ha de fer tan aviat com sigui possible, preferiblement en el decurs de l'admissió, amb un test de deglució clínic senzill i validat (RCP, New Zealand Guidelines Group, NZGG) (annexos 1 i 2, taula 2). El test del reflex nauseabund no és un test vàlid de deglució. L'evidència científica actual dona més suport a la tos voluntària i al test sensitiu faringi.*

D. *Cal valorar l'ús de la videofluoroscòpia quan es detectin alteracions en el test clínic de deglució. Si l'alteració de la fase faríngia de la deglució persisteix, s'ha de considerar l'exploració instrumentada i dinàmica que visualitza la faringe durant el pas de diferents volums i consistències d'aliments (RCP).*

En el 15% d'aquests pacients la malnutrició està present i està relacionada amb pitjors resultats del tractament rehabilitador.

C. *En les primeres 48 hores de l'ingrés del pacient el personal adequat ha d'avaluar l'estat nutricional (RCP).*

A. *Si no es pot assegurar una bona alimentació per via oral, cal considerar la nutrició enteral per sonda nasogàstrica o per gastrostomia percutània endoscòpica (RCP). Hi ha d'haver protocols locals sobre la col·locació i el manteniment de sondes nasogàstriques i de gastrostomies. Els pacients amb alimentació enteral han de ser revisats periòdicament.*

D. Tot pacient amb problemes de nutrició, incloent-hi la disfàgia, que requereixin la modificació de la consistència dels aliments ha de ser enviat al dietista (RCP).

D. S'ha de fer una valoració de la posició més adequada del malalt i de l'equip necessari per garantir una alimentació eficaç (RCP).

A la guia del Departament de Salut *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*,²⁶ les recomanacions sobre la disfàgia són les següents:

L'avaluació s'ha de realitzar de forma sistemàtica seguint els protocols establerts i al més aviat possible per tal d'instaurar tractament des de l'inici i per informar la família.

El tractament ha de ser multidisciplinari i individualitzat.

Un logopeda expert en disfàgia ha de participar en la valoració i planificació de la teràpia.

La via nutricional s'ha de decidir segons la situació cognitiva, funcional, nutricional, respiratòria i dels signes d'alteració de la seguretat i l'eficàcia.

Cal iniciar una estimulació orofaríngia (sense aliments) en nivells cognitius inferiors a IV de l'escala de Rancho de los Amigos i una alimentació oral terapèutica tan aviat com la situació mèdica i cognitivoconductual ho permetin (un mínim de nivell IV en l'escala).

És molt important identificar la millora que permeti la retirada de sondes innecessàries i el canvi a una nutrició cent per cent oral.

A Catalunya, actualment la DO és detectada, diagnosticada i tractada de forma sistemàtica i amb criteris establerts, en alguns hospitals i centres socio-sanitaris. La disfàgia és atesa de forma heterogènia depenent de la sensibilitat dels professionals. També es dona el cas de serveis d'especialistes que conformen la seva pròpia guia o protocol emesos per l'evidència de la necessitat com, per exemple, protocols d'otorrinolaringologia en traqueostomies; de neurologia per als ictus; de neurocirurgia per a les lesions cerebrals traumàtiques (TCE) o els d'oncologia per a càncers orofacials i laringis. Però, en aquests casos, les pautes no es generalitzen a altres serveis o a altres especialitats, de manera que, en el seu curs assistencial, un malalt pot trobar greus diferències en l'abordatge de l'atenció a la DO.

Atès que el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 és el marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut que desenvolupa la Generalitat de Catalunya, i que té com a objectiu principal la millora de la salut i la qualitat de vida de la població, creiem que, en l'àmbit de la salut, l'Administració pública ha de vetllar per la millora de l'atenció a la DO, especialment pel que fa a l'accessibilitat i l'equitat del seu abordatge.

És per això que la Comissió Mixta entre el Departament de Salut i el Col·legi de Logopedes de Catalunya fem la següent proposta d'atenció a la DO en els diversos àmbits de salut. Aquesta proposta ha estat consensuada amb altres col·lectius implicats en salut (col·legis professionals, societats científiques, etc.) i s'espera que sigui utilitzada en tots els centres que formen part del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) com a eina per a la millora de la qualitat assistencial.

2 Proposta d'atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut

2.1 Els equips multidisciplinaris d'atenció a la disfàgia orofaríngia

Les causes i les conseqüències de la disfàgia poden ser tan diverses que la seva valoració i el tractament travessen els límits tradicionals entre disciplines. És per això que la DO l'han d'avaluar i tractar equips multidisciplinaris que treballin coordinadament amb l'usuari i els seus familiars o cuidadors. Els membres d'aquests equips, coordinats freqüentment per logopedes,^{9,17,18,23,28} poden participar en la presa de decisions conjunta o bé com a consultors individuals a través de les derivacions oportunes. Tanmateix, l'existència d'equips de disfàgia pot augmentar la consciència sobre la disfàgia en tots els àmbits de salut.²⁹

En els equips multidisciplinaris d'atenció a la DO hi ha cinc grups professionals fonamentals:

Logopedes. Avaluen i tracten els usuaris amb problemes de deglució tant amb intervencions directes (modificacions de respostes fisiològiques) com indirectes (recomanacions de modificació de la dieta).

Dietistes-nutricionistes. Avaluen les necessitats nutricionals, segueixen les recomanacions terapèutiques sobre consistències de líquids i sòlids, determinen les necessitats de dietes especials i asseguren una nutrició adequada quan s'utilitzen altres mitjans de nutrició.

Metges i metgesses. Diagnostiquen i tracten les causes mèdiques i quirúrgiques del trastorn de deglució.

Infermers i infermeres. Treballen amb l'usuari i els cuidadors en la implementació i el manteniment de tècniques de deglució segures i estratègies compensatòries o de facilitació durant els menjars i en prendre medicaments. Són professionals capacitats també per detectar símptomes de risc i avaluar amb proves de cribratge i, si cal, de diagnòstic clínic, col·laborar en el diagnòstic instrumental i aplicar els tractaments recomanats.

Tècnics en cures auxiliars d'infermeria. Personal molt important per preservar el compliment de les tècniques de deglució recomanades durant els àpats.

Hi ha altres figures professionals que, en funció de l'organització de cada centre o de l'àmbit en el qual treballen, també poden formar part d'aquests equips multidisciplinaris.²⁹

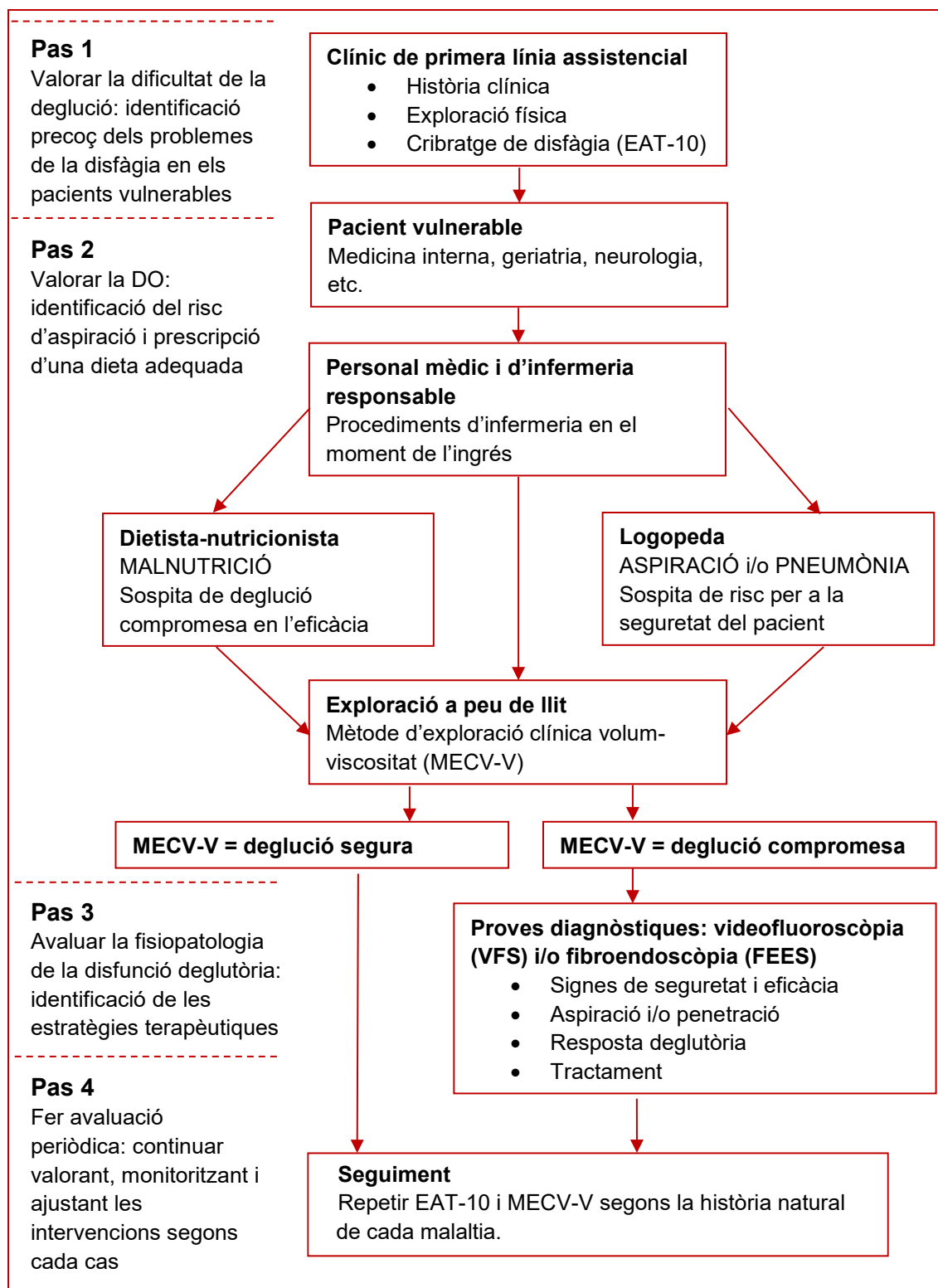
Els membres de l'equip han de treballar coordinadament amb l'usuari i els seus familiars o cuidadors. Els usuaris han de proporcionar informació sobre el seu problema, demostrar la

comprensió de les causes i el tractament del trastorn de la disfàgia, seguir les tècniques dietètiques, compensadores i facilitadores recomanades per restaurar la funció de deglució i mantenir una nutrició i hidratació adequades. Els familiars i/o cuidadors han de proporcionar informació als membres de l'equip sobre els signes i símptomes del trastorn de l'usuari i han de demostrar que comprenen i implementen les tècniques de gestió recomanades.

2.2 Circuit assistencial

Vegeu, a la figura 1, una proposta d'algoritme de diagnòstic i seguiment dels pacients amb DO.

Figura 1. Algorisme de diagnòstic i seguiment dels pacients amb disfàgia orofaríngia³⁰



Un dels objectius del tractament multidisciplinari és estandarditzar la detecció i avaluació de la DO per tal de facilitar-ne la detecció precoç en pacients vulnerables. La vulnerabilitat inclou

aquella població identificada com d'alta prevalença en disfàgia (geriatria, neurologia, otorrinolaringologia, etc.).

L'eina de cribatge (EAT-10 ES) permet objectivar percepcions o símptomes dels pacients en qualsevol dels àmbits clínics del sistema de salut, hospitalari o extrahospitalari. Juntament amb les dades de la història clínica del pacient, ha de servir de guia per establir el risc que té el pacient de patir DO.

Per la seva baixa complexitat, aquest instrument es pot realitzar de forma protocol·litzada en aquelles poblacions considerades de risc com poden ser persones grans, persones d'alta comorbiditat, persones afectades per malalties neurodegeneratives, persones que han patit un ictus, tumors cerebrals, traumatisme cranioencefàlic (TCE), o intervencions quirúrgiques en l'àrea orofaríngia. Confirmada la sospita de DO, s'han de dur a terme proves diagnòstiques clíniques (MECV-V) o instrumentals per tal d'establir-ne el grau de penetració i aspiració, la fisiopatologia dels trastorns, l'origen dels símptomes del pacient i les seves indicacions terapèutiques.

2.3 Detecció de símptomes de disfàgia

EL TEST EAT-10 ES

En aquest document de consens proposem emprar el test *Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10)*,³¹ en la seva versió en castellà **EAT-10 ES³² (annex 1), com a prova de detecció de símptomes en àmbits de consulta externa de Salut, domiciliaris o d'ingressos hospitalaris. L'EAT-10 és un instrument analògic verbal, unidimensional, autoadministrat –bé pel propi pacient, bé per un familiar o cuidador–, i de puntuació directa per a la detecció de símptomes específics de disfàgia. La versió original anglesa s'administra en 2 minuts i la puntuació total s'aconsegueix de manera directa sense subescales ni fórmules més o menys complexes.**

Justament perquè és senzill i ràpid en l'aplicació un equip de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron en va dur a terme la validació al castellà.³² Se'n van avaluar les propietats psicomètriques en relació amb la idoneïtat en l'explicació de l'objectiu i les instruccions, i sobre si les preguntes eren adequades i comprensibles, igual que el sistema de resposta i puntuació. Es va validar a partir de l'anàlisi de temps de resposta, consistència interna i validesa de l'eina. S'ha demostrat fiable, independentment de l'etiologia de base. I un altre dels avantatges és que manté la fiabilitat quan és autoadministrat, i també quan ho és en presència del metge o del personal sanitari.

Així doncs, s'ha demostrat la validesa i fiabilitat de l'escala **EAT-10 ES** per a la detecció del risc de pacients amb nivell cognitiu preservat de patir DO. Si hi ha deteriorament no es pot garantir la comprensió en l'autoadministració. Tanmateix, és possible administrar el test a una persona propera ben informada. És aplicable en menys de 5 minuts, amb el pacient tot sol o en presència de personal implicat; és comprensible i de recollida ràpida de resultats. Això fa que, de forma

molt ràpida, es pugui descartar la presència de disfàgia o, en cas contrari, que calgui iniciar un procés d'informació sobre les característiques i les conseqüències de la disfàgia i/o indicar una avaluació clínica més completa que indiqui la fisiopatologia existent en el procés deglutori i que permeti acompanyar-la de les mesures adaptatives i rehabilitadores adequades.

Creiem que aquesta eina pot ser útil tant en un medi hospitalari com d'atenció primària, en medicina domiciliària o en altres serveis sanitaris. També ho és per a residències de gent gran ja que la DO es considera una síndrome geriàtrica.³³ De fet, permet repetir periòdicament l'avaluació en qualsevol àmbit assistencial. Pot ser administrada per personal sanitari que estigui sensibilitzat pels efectes de la disfàgia. Si les puntuacions són inferiors a 3 ítems alterats (EAT-10 < 3), caldrà fer-ne el seguiment i la valoració periòdicament. En pacients vulnerables, amb puntuació EAT-10 \geq 3, s'aconsella practicar avaluació clínica.³²

2.4 Avaluació clínica de disfàgia orofaríngia

EXPLORACIÓ CLÍNICA NO INSTRUMENTAL. EL MECV-V

Tanmateix, en aquest document de consens es proposa, com a prova clínica no instrumentalitzada, el mètode d'exploració clínica volum-viscositat (MECV-V) (annex 2). Aquesta prova clínica ha estat desenvolupada a l'Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, i validada en la seva precisió diagnòstica en diversos estudis. Presenta una sensibilitat elevada per a la detecció de la DO (un 88,2%) així com una alta especificitat per a la identificació d'aspiracions i penetracions (un 64,7%).^{34,35}

És un mètode utilitzat per identificar clínicament els pacients amb DO i valorar així les possibles complicacions que podrien derivar en desnutrició, deshidratació i aspiracions. És senzill i segur, ja que es pot realitzar en el pacient hospitalitzat, així com de forma ambulatoria, i consisteix a valorar la deglució del pacient mitjançant diferents volums i textures. Si es disminueix el volum del bol i s'augmenta la viscositat, els pacients amb disfàgia neurògena milloren la seguretat en la deglució.²

En la realització del MECV-V s'han d'administrar bols de tres volums diferents: 5 ml, 10 ml i 20 ml, seguint un ordre de viscositats: nèctar, líquid i púding. S'ha de registrar si es produeixen signes d'alteració de la seguretat i/o l'eficàcia en la deglució, i cal monitorar la saturació d'oxigen mitjançant un pulsioxímetre durant tot el procediment. Els signes clínics que detecta el MECV-V es mostren a la taula 2.

Taula 2. Signes clínics detectats pel MECV-V

Alteració de la seguretat	Alteració de l'eficàcia
Canvi de veu	Segell labial insuficient
Disminució de la saturació d'O ₂ (baixada igual o superior al 3% del seu valor)	Residus orals
Tos	Deglució fraccionada
	Residus faringis

L'associació del MECV-V amb la pulsioximetria i la recollida de dades clíniques constitueix una bona eina per a l'abordatge clínic de la disfàgia i el diagnòstic de les aspiracions silents. Es poden fixar pautes per a la intervenció i per a la nutrició, i també per a l'establiment de la necessitat o no de proves instrumentalitzades. Ofereix una bona alternativa d'avaluació en centres on no es disposa de proves d'avaluació instrumentalitzada, treballant en la línia d'associar un test clínic i la pulsioximetria en l'avaluació del pacient potencialment disfàgic.³⁶

Preferiblement el MECV-V hauria de ser aplicat per logopedes en pacients amb disfàgia aguda i/o rehabilitables, perquè l'administració de la prova permet al logopeda extreure les conclusions necessàries per aplicar les mesures rehabilitadores que es desprenen de l'avaluació individualitzada. Tanmateix, també és aplicable per altres professionals sanitaris entrenats (infermers, dietistes-nutricionistes o metges rehabilitadors), sobretot en entorns d'alta prevalença de DO com són els serveis de geriatria i neurologia dels hospitals d'aguts, els centres sociosanitaris i les residències de gent gran.

EXPLORACIÓ CLÍNICA INSTRUMENTAL. LA FEES o VFS

Les limitacions de l'exploració clínic són principalment la detecció de les aspiracions silents i les penetracions, per la qual cosa, si en l'exploració clínic es detecten signes d'alteració de la seguretat o bé signes d'alteració de l'eficàcia de la deglució que comprometin una correcta nutrició, caldrà orientar perquè es faci una exploració instrumental: una fibroendoscòpia (FEES) o una videofluoroscòpia (VFS), que es considera el procediment estàndard de referència.^{2,36}

2.5 Intervenció de la disfàgia orofaríngia

L'objectiu principal de qualsevol estratègia d'intervenció de la DO és aconseguir una alimentació oral amb una deglució segura i mantenir una hidratació i nutrició adequades. Per tal de millorar la deglució patològica, el tractament ha d'introduir estratègies que permetin eliminar les aspiracions i disminuir els residus orals i/o faringis.

Abans de resoldre intervenir una persona amb DO s'han de considerar els resultats de l'avaluació integral. La presa de decisions ha de tenir en compte diversos factors sobre l'estat general de la persona. Aquests poden incloure informació sobre la salut de la persona, cognició, situació social, valors culturals, estatus econòmic, motivació i elecció personal. La preocupació principal és com es pot mantenir o maximitzar l'estat de salut de la persona.^{17,18}

L'elecció d'una teràpia concreta s'ha de basar en els resultats de l'exploració clínica i instrumental del pacient. La decisió de tractar un pacient amb disfàgia ha de fonamentar-se en: el diagnòstic, el pronòstic, la resposta a les estratègies compensatòries i els tractaments actius, la capacitat per seguir ordres, la funció respiratòria, la presència o no de cuidadors i la motivació del pacient.¹⁰

L'equip multidisciplinari, que hauria d'estar integrat sempre per un logopeda, ha de desenvolupar un pla d'intervenció personalitzat per a cada pacient, ha de tenir en compte les seves peculiaritats culturals i les seves preferències. La prestació de serveis de disfàgia s'ha d'esforçar per preservar la dignitat, l'autonomia, l'elecció i la independència dels pacients.¹⁶

Les estratègies de tractament es poden classificar en tres grans grups:^{9,10,15,16,23,24}

Tècniques de compensació. Permeten eliminar els símptomes del pacient, però no canvien necessàriament la fisiologia de la seva deglució. Es poden fer servir en pacients de totes les edats i els nivells cognitius.

- Canvis posturals.
- Modificació de volum i velocitat d'administració del bol.
- Modificació de la dieta.
- Utilització de pròtesis intraorals.
- Tècniques d'increment sensorial.

Tècniques de tractament. Estan dirigides a modificar la fisiologia de la deglució i/o anatomia. Aquestes tècniques requereixen la col·laboració del pacient.

Formació. L'equip multidisciplinari ha de proporcionar informació al pacient i/o al cuidador sobre el problema de deglució, inclosos els factors de risc i les formes de reconèixer i respondre als símptomes que poden indicar un risc. El logopeda també ha de mantenir el vincle amb l'equip multidisciplinari per garantir una bona comunicació.^{9,15,17,18}

Les intervencions massives mínimes (mesures mínimes per a la màxima quantitat de pacients), basades en adaptació de consistència de líquids, adaptació de la dieta i higiene oral, contribueixen a reduir o evitar complicacions més importants de la DO.^{12,33}

El pla d'intervenció s'ha de controlar i actualitzar periòdicament en un termini determinat segons les necessitats del pacient. En el cas que un pacient decideixi no complir amb el pla d'intervenció programat, se l'haurà d'informar dels possibles riscos que això comporta.^{17,18}

3 Conclusions

L'avaluació i intervenció de la DO requereixen el treball coordinat d'un equip multidisciplinari.

Amb aquest document de consens es proposen dues eines de detecció i avaluació de la disfàgia –l'EAT-10 ES i el MECV-V– que permeten utilitzar de forma generalitzada proves de detecció i valoració clínica de la DO en tots els àmbits de la salut.

Finalment, es proposa que aquest document esdevingui la base d'un document de consens més ampli, amb una visió més integral, que estudiï en profunditat les realitats dels diferents nivells assistencials, l'abordatge específic de la disfàgia per patologies i els rols i les responsabilitats dels diferents membres de l'equip multidisciplinari d'atenció a la DO.

4 Referències bibliogràfiques


- 1 World Health Organization. ICD-10 Version:2016 [Internet]. 2016 [citat 12 abril 2018]. Disponible en línia a: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>>
- 2 Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggròs C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clínica en Med.* 2007; 1(3):174-202.
- 3 WGO. Disfagia. Guías y cascadas mundiales. Vol. 1. World Gastroenterology Organisation; 2014. p. 55-72.
- 4 Roden DF, Altman KW. Causes of Dysphagia Among Different Age Groups. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013; 46(6):965-87.
- 5 Kertscher B, Speyer R, Fong E, Georgiou AM, Smith M. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in the Netherlands: A Telephone Survey. *Dysphagia.* 2014; 30(2):114-20.
- 6 Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015; 12(5):259-70.
- 7 Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.* 2015; 34(3):436-42.
- 8 Gutiérrez A, Ruales K, Giraldo L, Rengifo M. Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Rev Med.* 2015; 23(1):52-7.
- 9 RCSLT. RCSLT Resource Manual For Commissioning And Planning Services For SLCN. Dysphagia. Royal College of Speech & Language Therapist; 2009. p. 34.
- 10 Bascuñana H, Gálvez S. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabil.* 2003; 37(1):40-54.
- 11 SPA. Dysphagia: General. Speech Pathology Australia; 2012.
- 12 Martín A, Ortega O, Roca M, Arús M, Clavé P. Effect of A Minimal-Massive Intervention in Hospitalized Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: A Proof of Concept Study. *J Nutr Heal Aging.* 2018; 22(6):739-47.
- 13 Idescat. Indicadors demogràfics. Estructura per edats, envelliment i dependència. Catalunya [Internet]. 2017. Disponible en línia a: <<https://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=915>>
- 14 Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Atención Primaria.* 2002; 30(5):304-9.
- 15 ACSLPA. Swallowing (dysphagia) and feeding. Edmonton: Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists; 2013.
- 16 CASLPO. Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by Speech-Language Pathologists. Toronto: College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario; 2014.
- 17 ASHA. Pediatric Dysphagia: Roles and Responsibilities. Rockville: American Speech-Language Hearing Association; 2017.
- 18 ASHA. Adult Dysphagia: Roles and Responsibilities. Rockville: American Speech-Language Hearing Association; 2017.
- 19 Takizawa C, Gemmell 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):434-41.
- 20 Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Verdugo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. 2018;(February):1-10.
- 21 ESSD. ESSD Position Statements: Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients. *Dysphagia*. European Society for Swallowing Disorders; 2013.
- 22 ESSD. ESSD Position Statements: Screening, Diagnosis and Treatment of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Patients. 2013;2.
- 23 IASLT. IASLT Position Statement on Swallow Screening. Irish Association of Speech & Language Therapists; 2016.
- 24 SIGN. Management of patients with stroke: dysphagia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
- 25 AATRM. Ictus. Guia de Pràctica Clínica. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. p. 1-108.
- 26 AIAQS. Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2010. p. 31-80.
- 27 AIFiCC. Guia pràctica sobre l'abordatge de la desnutrició en la gent gran i en pacients amb cronicitat. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya; 2016.
- 28 NHS. Dysphagia Management Policy. Rotherham Doncaster and South Humber. NHS Foundation Trust; 2016.
- 29 ASHA. Dysphagia Teams [Internet]. [citad 13 abril 2018]. Disponible en línia a: <<https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/Dysphagia-Teams/>>
- 30 Clavé P, Garcia P, editors. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 3a ed. Barcelona: Glosa; 2015.
- 31 Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008; 117(12):919-24.
- 32 Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Translation and validation of the spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6):2048-54.
- 33 Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016; 11:1403-28.
- 34 Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008; 27(6):806-15.
- 35 Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014; 26(9):1256-65.
- 36 Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación*. 2011; 45(4):292-300.

5. Annexos

Annex1. *Eating Assessment Tool*, versió en espanyol (EAT-10 ES)¹

EAT-10:
Despistaje de la Disfagia



APELLIDOS
NOMBRE
SEXO
EDAD
FECHA

OBJETIVO:

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES:

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

<p>1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>6 Tragar es doloroso.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>9 Toso cuando como.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>
<p>5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>	<p>10 Tragar es estresante.</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></div>

B. Puntuación:

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA:

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

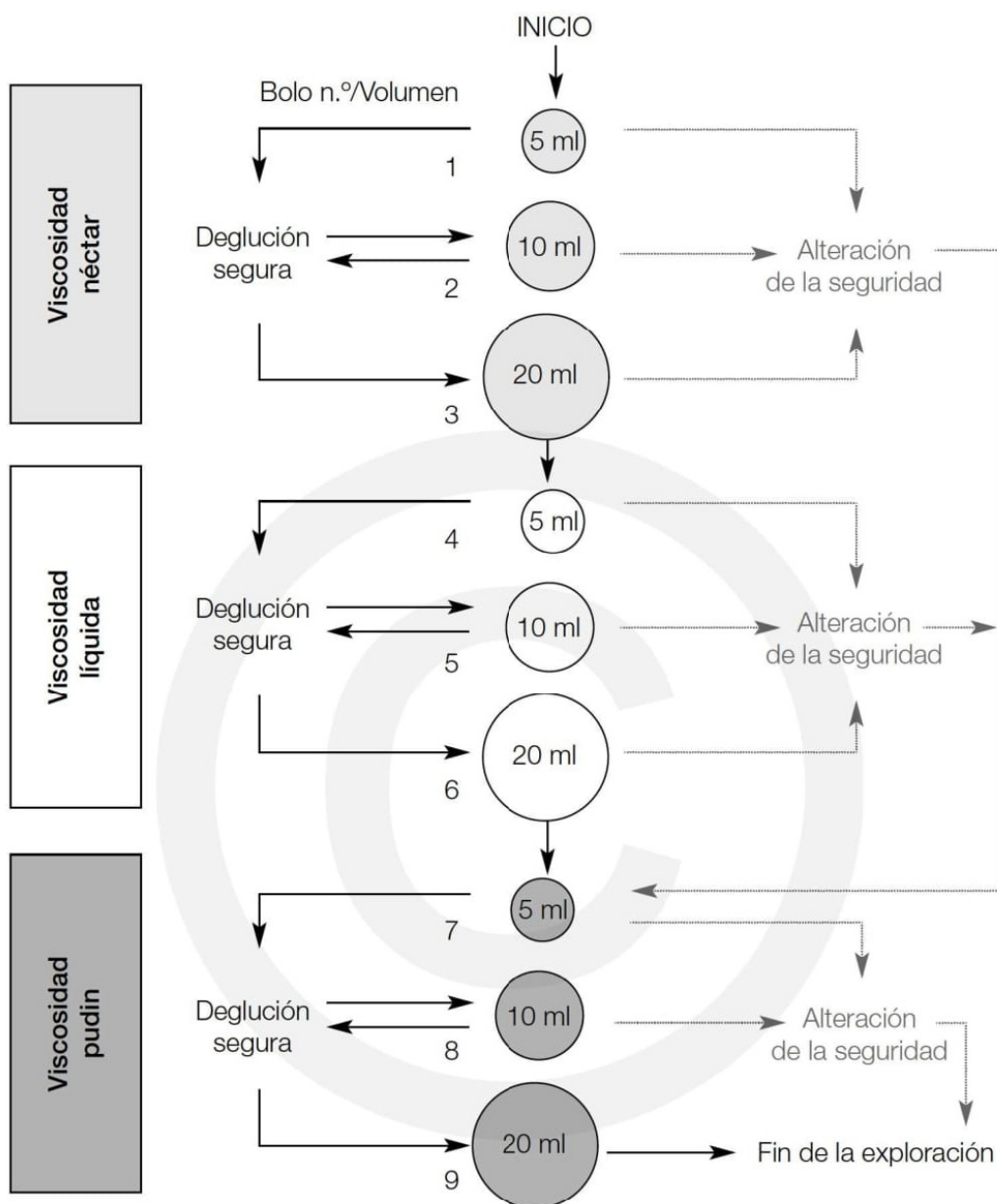
Reference: Se ha determinado la validez y fiabilidad del EAT-10.
Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology* 2008; 117(12):919-924.

© 2009 Société des Produits Nestlé
www.nestlenutrition-institute.org

Guardar
Imprimir
Reset

¹ Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008; 117(12):919-24.

Annex 2. Algorisme del mètode d'exploració clínica volum-viscositat (MECV-V)²



² Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008; 27(6):806-15.